



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

**Bordereau de demande de remboursement de titres de transport**

Document à remettre dès la fin de la période concernée et avant le 05 du mois suivant au PAGRH de rattachement.

**Agent concerné:**

Personnel Médical

Personnel non Médical

MATRICULE .....

Nom:.....

Prénom : .....

Affectation : .....

Quotité de travail inférieure à 50% :  oui  non

**Moyen de transport utilisé et trajet effectué:**

Nom du (ou des) transporteur (s): SNCF  TRANSPOLE  AUTRES : .....

Type d'abonnement : Annuel  Mensuel  Hebdomadaire

Montant divisé par 2 (50% dans la limite de 77,84 €) : .....

Moyen de transport<sup>1</sup> n° 1 : ..... De (lieu) .....à (lieu) .....

Moyen de transport n° 2 : ..... De(lieu) ..... à (lieu) .....

**Période concernée :**

Mois d'utilisation des titres de transport remis : .....

**Disposez vous d'un abonnement annuel Transpôle :**  oui  non

**Pièces à fournir :**

- ⇒ Original titre de transport faisant l'objet d'une demande de remboursement
- ⇒ Photocopie de la carte d'abonnement nominative du titre de transport pour la période concernée
- ⇒ Location de vélos : facture d'abonnement nominative sur la période

A .....

le.....  
Signature de l'age