

DEMANDE D'ORDRE DE MISSION

A envoyer à la Direction des Affaires Médicales avec les pièces justificatives

NOM – PRENOM :	GRADE :
SERVICE :	POLE :

Je sollicite un ordre de mission dejours
du.....au.....

Motif du déplacement :

.....

Lieu du déplacement :

.....

Déplacement avec frais

Déplacement sans frais

Si aucun justificatif n'est fourni, le remboursement ne sera pas pris en compte.

Dijon le	Dijon le
Signature du praticien	Signature du Chef de service
	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable

!! Votre déplacement doit être déclaré dans Chronos avant votre départ (code absence : MT)