



CENTRE NATIONAL
DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

DEMANDE D'ORDRE DE MISSION

A transmettre à la délégation si la gestion XLAB de votre laboratoire est faite par cette dernière

SFC – Délégation régionale PARIS A

27 rue Paul Bert – 94204 – IVRY Cédex
Télécopie : 01 49 60 40 48
Téléphone : 01 49 60 40 40

Joindre impérativement un R.I.B. pour une première mission, ou en cas de changement de compte.

Renseignements concernant le missionnaire

A remplir pour chaque mission

Nom :

Prénom :

N° de S.S. :

Uniquement pour une première mission ou en cas de modification

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Nationalité :

Personnel C.N.R.S. : OUI NON*

*Organisme de rattachement :

Grade ou profession :

Autres : collaborateur bénévole, thésard, post-doc, étudiant, retraité ... à préciser :

Renseignements concernant la mission

LABORATOIRE EMETTEUR

Code labintel du laboratoire :

Origine de crédit :

Nom et adresse (cachet) :

RESIDENCE ADMINISTRATIVE

(si différente du laboratoire émetteur)

.....
.....

IMPUTATION

MISSION SANS FRAIS (uniquement agents CNRS)

PRISE EN CHARGE TOTALE PAR LE CNRS

PRISE EN CHARGE PARTIELLE :

Nature des frais supportés par le CNRS :

➤ frais d'inscription

(photocopie du programme sans oublier la partie traitant des détails matériels : montant droits inscription, nombre repas et nuitées compris dans cette somme à conserver par le gestionnaire XLAB)

➤ séjour

➤ voyage

€

MISSION FORFAITAIRE Montant

€

Frais sur le terrain Montant

(à l'étranger exclusivement)

Joindre un budget prévisionnel – ces frais devront être justifiés dès le retour par tout reçu, facture)

MOTIF DETAILLE DE LA MISSION :
.....
.....

Renseignements concernant le séjour

A - DEROULEMENT DE LA MISSION DE M.

DEPART de la résidence : Familiale Administrative Le __ __ __ (jour, mois, année)

RETOUR à la résidence : Familiale Administrative Le __ __ __ (jour, mois, année)

DESTINATION PRINCIPALE DE LA MISSION

Ville ou lieu : Pays :

Pour les missions à l'étranger ou ayant une destination multiple.

PAYS ET VILLES	DATE D'ARRIVEE	DATE DEPART

B - MOYEN(S) DE TRANSPORT UTILISE(S)

CHEMIN DE FER } Prise en charge sur Marché mission FRAM N° 0625003* OUI NON

AVION }
 VEHICULE ADMINISTRATIF NUMERO D'IMMATRICULATION :

VEHICULE PERSONNEL, joindre (photo)copie de l'attestation d'assurance et de la carte grise et pour l'étranger, joindre une déclaration dégageant l'administration du C.N.R.S. de toute responsabilité pour les dommages éventuels liés à ce déplacement.

- **Raison d'utilisation :**

- Kilométrage prévu : kms

AUTRE :

*SI PRISE EN CHARGE SUR MARCHÉ MISSION FRAM 0625003

voir conditions utilisation sur site Intranet achats

<http://www.sg.cnrs.fr/intranetachats/marches/marche-mission.htm>

Aller / Retour Aller Simple Retour Simple

DEPART		ITINERAIRE	ARRIVEE	
Date	Heure		Date	Heure

Train : Classe : Prix : Réduction : OUI% NON

Avion : Prix :

Réservation : à effectuer **On line** : <https://e-travelmanagement2.amadeus.com/login/cnrs>

Off line : tél 0811 464 264/fax 05 67 04 40 14/mèl : cnrs@fram.fr

N° DOSSIER :

DATE LIMITE EMISSION DU BILLET :

A :

Signature du Missionnaire :

Signature du Directeur
de laboratoire ou de son délégué
(impératif)

Le