



# 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  
du laboratoire ou de son délégué  
**(impératif)**

Le .....