

AVIS DE MISSION

(fiche à compléter et à transmettre au MAE 15 jours avant la date de départ prévue)

Nom : Bouineau Prénom : Jacques
 Nom de jeune fille : date et lieu de naissance : 13 VII 54 - Saintes
 Adresse personnelle : 17, rue des Penitentes - 75005 Paris
 Adresse professionnelle : 200, av. de la République, F. 527, 9ème. Maréchal CEDEX
 Tél. personnel : 405.82.99 Tél. professionnel : 407.73.81 Télécopie :
 Fonction : Voyageur agent de la fonction publique : oui non
 Pays de destination : Hongrie ville (s) : Budapest
 Objet de la mission :
 (tel que figurant sur la liste des opérations approuvées par le MAE)
 Date de la mission : du : 18 IX 1996 au : 24 IX 1996

PRESTATIONS

(cochez et éventuellement complétez les prestations souhaitées)

Per Diem, nombre : Date de départ : 18 IX 96
 Logement par Ambassade ou autres Date de retour : 24 IX 96
 Hôtel (chambre + petit déjeuner)
 Visas
 Titre de transport aérien, si réservation effectuée, numéro de dossier
 Autres (à préciser)

IMPORTANT : 1. Le versement des per diem s'effectuera directement sur votre compte bancaire ou postal par soupç de rapidité et de sécurité. S'il s'agit de votre première mission, adresser au CIES un RIB ou RIP (Fax : 42-45-20-19).
 2. Dans le cas où les frais d'hôtel sont directement pris en charge (chambre simple + petit déjeuner), ou si vous êtes déjà logé (ambassade, autorités d'accueil, autres...), le montant du per diem est réduit de 50%.
 3. Compte tenu des tarifs négociés par le CIES avec les Compagnies aériennes, les billets qui vous sont remis avant votre départ ne sont pas transformables. Toute modification de votre part (date ou parcours) entraîne un surcoût à votre charge.
 4. Vous bénéficiez d'une couverture spécifique des Risques Sociaux durant votre mission; le livret explicatif vous sera remis avec votre titre de transport.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler au MAE, à mon retour de mission, toute modification (dates de mission, conditions d'hébergement ...) pouvant influer sur le coût des prestations.

à (lieu) : Paris le 28 VII 1996 signature du bénéficiaire : [Signature]

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Code projet :

D	C	S	T						
Direction			Pays			Projet			

Décision MAE :

Paris, le