



CNRS Délégation Centre-Est
17 rue Notre Dame des Pauvres
54519 VANDOEUVRE Cedex

EXERCICE :

**ORDRE DE MISSION
SANS FRAIS VALANT ATTESTATION DE NON-PAIEMENT**

NOM PRENOM :

NUMERO MATRICULE :

FONCTION :

DEPART RESIDENCE Administrative

SE RENDRA A :

Pays :

DATE DEPART :

DATE RETOUR :

MOTIF :

MOYEN(S) DE TRANSPORT(S) :

L'agent a souscrit aux dispositions de l'article 51 du 12 mars 1986 en matière d'assurance.

Fait à
le

le Délégué Régional