

ENTREPRISE

Atelier Durand SARL

SIRET : 123 456 789 00012
12 rue des Lilas, 69003 Lyon

SALARIÉ OU DIRIGEANT

Camille Martin

Chargée de clientèle, service commercial
Motif : Salon professionnel à Paris et visites clients en Rhône-Alpes

Frais engagés

Montants en euros, TVA calculée à partir du TTC

Date	Catégorie	Description	Justif. n°	TTC	Taux TVA	TVA	HT
08/09/2026	Train / avion	Billet TGV Lyon - Paris aller-retour	J01	118,40 €	0 %	0,00 €	118,40 €
08/09/2026	Taxi / VTC	Taxi gare de Lyon - parc des expositions	J02	32,50 €	0 %	0,00 €	32,50 €
08/09/2026	Repas	Déjeuner avec un client (2 couverts)	J03	64,80 €	10 %	5,89 €	58,91 €
08/09/2026	Hébergement	Hôtel, 1 nuit avec petit-déjeuner	J04	129,00 €	0 %	0,00 €	129,00 €
09/09/2026	Repas	Dîner pendant le salon	J05	24,90 €	10 %	2,26 €	22,64 €
15/09/2026	Péage / parking	Péages autoroute A43 (aller-retour)	J06	18,70 €	20 %	3,12 €	15,58 €
22/09/2026	Fournitures	Cartouches d'encre et ramettes de papier	J07	46,80 €	20 %	7,80 €	39,00 €
		Totaux		435,10 €		19,07 €	416,03 €

Indemnités kilométriques

Barème kilométrique 2026 (revenus 2025)

Date	Trajet et motif	Véhicule	Puissance	Km	Taux €/km	Montant
15/09/2026	Lyon - Chambéry aller-retour, visite client	Voiture	5 CV	214	0,636	136,10 €
24/09/2026	Lyon - Villefranche-sur-Saône aller-retour, livraison	Voiture	5 CV	68	0,636	43,25 €
		Totaux		282		179,35 €

Barème fiscal 2026 (revenus 2025), arrêté du 27 mars 2023. Véhicule électrique : +20 %. Taux de la première tranche (jusqu'à 5 000 km par an en voiture, 3 000 km en deux-roues).

☒ Justificatifs joints

Nombre de pièces jointes : 7
Les originaux (factures, tickets, billets) sont joints à la présente note, numérotés comme dans la colonne " Justif. n° ".

Je certifie l'exactitude des dépenses ci-dessus, engagées pour les besoins de l'entreprise.

Total HT des frais	416,03 €
TVA récupérable	19,07 €
Total TTC des frais	435,10 €
Indemnités kilométriques	179,35 €
Total à rembourser	614,45 €
Avances déjà perçues	- 150,00 €

NET À REMBOURSER 464,45 €

LE BÉNÉFICIAIRE

Nom : Camille Martin

Date : _____

Signature :

VALIDATION DU RESPONSABLE

Nom et fonction : _____

Date : _____

Signature :