

NOTE D'HONORAIRE

Bureau de la comptabilité des fonds de tiers Faubourg de l'Hôpital 106 2000 Neuchâtel

	non soumis aux charges so	ciales j	usqu'à CHF	2'300		
Coordonnées du	ı bénéficiaire					
Nom :	Date de	e naissai	nce :			
Prénom :	N° AVS	:				
Adresse :	Nom de	e la band	que :			
NPA/Localité : _	N° de c	ompte :				
Nationalité : _	IBAN :					
Etat civil :	N° de C	CP:				
(ne pas utiliser c Conférenciers su Les honoraires va usuelles et à l'a propre couvertu charges sociales cours. Conférenciers ét L'assurance accompératif que les Si la prestation de	yant ce statut doivent émettre leur propre fa e formulaire). uisses versés jusqu'à un montant annuel cumulé d assurance accident professionnelle. Il est i ure accident. Au-delà de ce montant, les l s usuelles ainsi que l'assurance accident profe	e CHF 2 mpérati nonorair essionne ge par re couve nexer a	2'300 ne se f que les des des devienne lle seront co les prestations erture accid u présent de	ont pas so conférencie ent des so llculées rétr ons de l'Uni ent.	umis aux cho rs suisses dé alaires occasi coactivement s versité de Ne	arges sociales etiennent leur onnels et les sur l'année en uchâtel. Il est
Date de la prestation	Description de l'honoraire		Devise étrangère €, \$, £ etc.	Montant selon devis		Nature comptable
			7 77 = 5.50	- 1. u. igoro		
						_
						_
MONTANT TOTA	L					
TOTAL A PAYER			MONTANT CH	IF	NATUREC	OMPTABLE
(A remplir par le l	BFT)					

IMPORTANT:

Formulaire à retourner au "Bureau de la comptabilité des fonds de tiers" dûment signé par le responsable du projet, accompagné de tous les justificatifs originaux permettant la validation du paiement

Lieu et date	
Lieu et date	

MONTANT CHF	NATURE COMPTABLE				
DEVISE MONNAIE ÉTRANGÈRE	MONTANT MONNAIE ÉTRANGÈRE				
N° OTP FDT					
DESIGN. OTP FDT					
	T				
VISA FDT	VISA RESPONSABLE				
Unine*	DATE RECEPTION				