



Amicale Régionale du Groupe Renault
Ile-de-France

DEMANDE DE DEPENSES

*Champs obligatoires

Date* (jj/mm/aaaa):

Nom* :

Prénom* :

Section* :

Nature et Description des frais à engager pour le compte de la section de l'ARGR IDF

Nature de la dépense	Montant
Total	

Date d'accord (jj/mm/aaaa) :

Signature du demandeur

Signature du Trésorier de l'ARGR

Signature du Président de l'ARGR