

Votre Référence: _____

AVIS DE FACTURATION

NOM DU CLIENT _____ ADRESSE _____ CODE POSTAL _____ TÉL. _____ CONTACT _____ BON DE COMMANDE _____	ACCEPTÉ AU NOM DU CDT PAR: _____ NOM _____ DÉPARTEMENT _____ TÉLÉPHONE _____ DATE _____ SIGNATURE _____
--	--

DESCRIPTION DES TRAVAUX EFFECTUÉS

Informations budgétaires (pour usage à l'interne seulement)

RAPPORT RÉDIGÉ PAR: _____	DATE: _____
Ci-joint Non-requis	Remis le _____

HONORAIRES PROFESSIONNELS

PERSONNEL DE SOUTIEN / ÉTUDIANTS

NOM & MATRICULE	FEUILLES DE TEMPS (\$)	TEMPS RÉGULIER (\$)	TEMPS SUPPLÉMENTAIRE (\$)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Total avec Avantages Sociaux:	(12%) _____	(22%) _____	(12%) _____

AUTRES DÉPENSES À REMBOURSER

Utilisation de laboratoire: _____

Sous-total avant FRAIS INDIRECT _____

FRAIS INDIRECT (40%: essais et analyses, 25%: consultation) _____

TOTAL À FACTURER _____

UBR (pour revenu total): _____