



NOTE DE FRAIS – CT

GRID

Prénom **Nom**

Date de naissance

Date groupage de contrôle

Dépenses liées au groupage de contrôle effectué à
(frais de déplacement : billet de train en 2^e classe, véhicule privé 0,70 CHF/km, taxi, repas).

Prière de conserver **tous les justificatifs**.

Frais de déplacement :

..... CHF

Repas :

..... CHF

Autres (garde d'enfants, ...):

..... CHF

Total des dépenses **CHF**



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
donorcenter@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Coordonnées bancaires

IBAN

Nom de la banque/poste

BIC

Nom et Adresse

Bénéficiaire

Lieu, date

Signature

Les données transmises seront traitées en toute confidentialité.

Envoyer à :

Transfusion CRS
SBSC, Donor Center
Waldeggstrasse 5
3097 Liebefeld

ou par e-mail à : donorcenter@blutspende.ch

Nr.: 3594	Name: FOR_Donor_expenses_CT_F	Version: 1	Gültig ab: 16.12.2025
			Seite: 2 von 2