



# RELEVÉ D'HEURES

SEMAINE DU \*

AU \*

NOM \* :   
 PRÉNOM :

N° DE CONTRAT \*

CLIENT \* :   
 LIEU DE MISSION:

DATE \* :

JOURS	DATES	NOMBRE D'HEURES	HEURES DE NUIT
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			
SAMEDI			
DIMANCHE			
<b>TOTAL HEURES SEMAINE</b>			

Code 641 REPAS DÉJEUNER	Code 629 TRANSPORTS EN COMMUN	Code 634 NBRE KM / JOUR	Code 635 PARKING PÉAGE
<b>TOTAL</b>			

**SIGNATURE OBLIGATOIRE \* :**

Compléter 1 formulaire de frais par mission et par marque / Envoyer les justificatifs par courrier postal.

**Sont acceptées:** les factures de restaurants sur le lieu de mission avec la date et pendant vos heures de travail.

**Ne sont pas acceptées:** Les factures de supermarché, les photocopies de factures, les tickets CB ainsi que les reçus de péages ou parking qui ne seraient pas cohérents avec les heures de travail.

Pour les transports en commun fournir le justificatif de rechargement mensuel ou les tickets à l'unité.

Pour les frais kilométriques imprimer votre itinéraire ou l'envoyer à [elmina@prima-beaute.com](mailto:elmina@prima-beaute.com)

**Tous justificatifs manquants et envoyés au-delà de 2 mois suivant votre mission ne seront pas remboursés.**

Ce document est à retourner impérativement **avant le 5 de chaque mois** afin d'établir votre bulletin de salaire. .