



BORDEREAU DE PAIEMENT DES VACATAIRES ET DES HEURES SUPPLEMENTAIRES  
Henri MONDOR

IDENTITE

Nom marital : .....

Nom patronymique : .....

Prénom : .....

Service : .....

Equipe : .....

Horaires : .....

GRADE

IDE

IADE

IBODE

AS

AH

Technicien Labo  Manipulateur Electroradiologie

Kinésithérapeute  Ergothérapeute  Diététicien(ne)

Elève infirmière

Fonction (si différente du grade) :

.....

LIEU DE VACATION

Date : ...../...../.....

Service : .....

Equipe : .....

Horaires : .....

VACATAIRE

Date : ...../...../.....

Signature :

CADRE SUPERIEUR DE SANTE

Nom : .....

Date : ...../...../.....

Signature :

VALIDATION DU DIRECTEUR DES SOINS

Date : ...../...../.....

Signature :

VALIDATION DU DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

Date : ...../...../.....

Signature :