

**ELARGIS TES
HORIZONS**

**POUR LE BUREAU D'ETH
AUTHORISATION DES DÉPENSES**

Nom :

Signature :

Date :

Formulaire d'autorisation des dépenses pour l'Événement Biennal d'ETH du 7 novembre 2026

ETAPE 1

Avant l'événement : L'animateur de l'atelier doit remplir la section verte de ce formulaire pour TOUTES les dépenses prévues et l'envoyer au responsable des événements à events@elargisteshorizons.ch pour approbation. Vous recevrez la liste des dépenses approuvées par email.

ETAPE 2

Pendant ou après l'événement : Compléter la section rouge du formulaire et envoyez le, avec tous les reçus, au responsable des événements à events@elargisteshorizons.ch pour être remboursé.

Titre de l'atelier : _____

Nom du demandeur d'achat : _____

Adresse email : _____

ETAPE 1 - A remplir avant l'événement				ETAPE 2 - À compléter pendant ou après l'événement	
No.	Article	Quantité	Prix en CHF	Reçu soumis	Montant réel dépensé en CHF
1				☐ Oui ☐ Non	
2				☐ Oui ☐ Non	
3				☐ Oui ☐ Non	
4				☐ Oui ☐ Non	
5				☐ Oui ☐ Non	
6				☐ Oui ☐ Non	
7				☐ Oui ☐ Non	

Coût total estimé : CHF _____

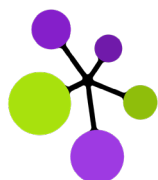
Coordonnées bancaires pour le remboursement

Nom du bénéficiaire : _____

Adresse du bénéficiaire : _____

IBAN : _____

Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire pour vos archives.



Name :

Signature :

Date :

Expense Approval Form for the EYH Biennial Event on 7 November 2026

STEP 1

Before the event: The workshop leader should fill out the green section of this form for ALL planned expenses and send it to the Events Manager at events@elargisteshorizons.ch for approval. You will receive the list of approved expenses by email.

STEP 2

During or after the event: Complete the red section of the form and send it, with all the receipts, to the Events Manager at events@elargisteshorizons.ch for reimbursements.

Workshop Title: _____

Purchase Requester's Name: _____

Email: _____

STEP 1 - To fill out before the event				STEP 2 - To complete during or after the event	
No	Article	Quantity	Cost in CHF	Receipt submitted	Actual amount spent in CHF
1				☐ Yes ☐ No	
2				☐ Yes ☐ No	
3				☐ Yes ☐ No	
4				☐ Yes ☐ No	
5				☐ Yes ☐ No	
6				☐ Yes ☐ No	
7				☐ Yes ☐ No	

Estimated total cost: CHF _____

Bank details for reimbursement

Beneficiary's name: _____

Beneficiary's address: _____

IBAN: _____

We recommend that you keep a copy of this form for your records.