



البريد إلى:

شركة بينكيس للنقل

صندوق بريد 1162 بانجور، مين 04402

الهاتف: 1-855-437-5883 أو 974-2420

سجل رحلة استرداد الأميال خارج الولاية

الاسم الأول للعميل:

الحرف الأوسط:

اسم العائلة:

هاتف #:

المدينة:

ذهب إلى المواعيد المذكورة أدناه، ووقع موظفو العيادة الطبية أدناه. توقيع العميل:

الاسم الأول للسائق:

أول حرف من اسم الأب:

اسم العائلة:

الرمز البريدي

ولاية

مدينة

عنوان بريد السائق:

حدد المربع إذا تغيرت معلومات السائق

حدد المربع إذا كنت سائقًا جديدًا

رقم هاتف السائق:

أقر بتقديم هذا التلميح بأنني المالك، رخصة قيادة، هاتفي، ماري، المتعول، في ولاية مين، المملوكة للمساهمة مسجلة ومؤمنة في ولاية مين.

تاريخ انتهاء صلاحية رخصة القيادة:

/

/

توقيع السائق:

رقم رخصة القيادة:

أعلم أن بنكويس ستعوض شخصًا واحدًا فقط عن كل سيارة. تقديم أكثر من نموذج واحد لكل سيارة يُعد احتياليًا وسيتم الإبلاغ عنه.

توقيع مقدم الخدمة الطبية		مقدم الرعاية الطبية		تاريخ الرحلة رقم الرحلة
		اسم:		
		عنوان:		
		اسم:		
		عنوان:		
		اسم:		
		عنوان:		
		اسم:		
		عنوان:		

* يجب توقيع كل موعد خدمة من قبل مقدم الرعاية الطبية للموافقة على استرداد التكاليف. ملاحظة: سيتم تأكيد كل رحلة مع مكتب مقدم الرعاية الطبية. قبل سداد الدفعات. يُسترد مبلغ الأميال فقط عند وجود العميل في السيارة. يجب تقديم هذا النموذج في موعد أقصاه 60 يومًا بعد تاريخ سيتم رفض الموعد الأول أو استرداد المبلغ. للاستخدام المكتبي لا تكتب أسفل هذا السطر

تاريخ الفاتورة:

المبلغ الإجمالي لهذه الفاتورة:

إجمالي الأميال المستحقة الدفع:

تاريخ الاستلام: