



Envoyer à :

Courtage en transport Penquis
Boîte postale 1162, Bangor, ME 04402
Téléphone : 1-855-437-5883 ou 974-2420

CARNET DE VOYAGE POUR LE REMBOURSEMENT DU KILOMÉTRAGE HORS DE L'ÉTAT

Prénom du client : _____

Initiale du deuxième prénom : _____

Nom de famille: _____

Adresse physique : _____

Ville : _____

Téléphone#: _____

Je me suis rendu aux rendez-vous ci-dessous et le personnel du cabinet médical a signé ci-dessous. Signature du client : _____

Prénom du conducteur : _____

Initiale du milieu: _____

Nom de famille: _____

Adresse postale du conducteur : _____

Ville _____

État _____

Code postal _____

Numéro de téléphone du conducteur : _____

☐ Cochez la case si vous êtes un nouveau conducteur

☐ Cochez la case si les informations du conducteur ont changé

Je certifie, en remettant ce formulaire, que je possède un permis de conduire du Maine valide et en cours de validité. Le véhicule utilisé

Je possède une vignette d'inspection valide délivrée par l'État du Maine pour le service indiqué ci-dessous. Le véhicule est immatriculé et assuré dans l'État du Maine.

Signature du conducteur : _____

Numéro de permis de conduire : _____

Date d'expiration du permis de conduire : ____/____/____

Je comprends que Penquis ne remboursera qu'UNE personne PAR véhicule. Remettre plusieurs formulaires par véhicule est considéré comme une FRAUDE et sera signalé.

DATE DU VOYAGE	ID DU VOYAGE#	FOURNISSEUR DE SOINS MÉDICAUX	SIGNATURE DU FOURNISSEUR MÉDICAL
		Nom:	
		Adresse:	
		Nom:	
		Adresse:	
		Nom:	
		Adresse:	
		Nom:	
		Adresse:	

* Chaque date de prestation doit être signée par un professionnel de santé pour que le remboursement soit approuvé. Remarque : Chaque déplacement sera confirmé auprès du cabinet du professionnel de santé. avant tout paiement. Le remboursement des frais kilométriques est valable uniquement lorsque le client est à bord du véhicule. Ce formulaire doit être retourné au plus tard 60 jours après la date de la réclamation. premier rendez-vous ou le remboursement sera refusé.

USAGE BUREAU NE PAS ÉCRIRE EN DESSOUS DE CETTE LIGNE

Date de réception : _____

Kilométrage total à payer : _____

Montant total de cette facture : _____

Date de la facture : _____