



Enviar a:

Corretaje de transporte de Penquis
Apartado postal 1162, Bangor, ME 04402
Teléfono: 1-855-437-5883 o 974-2420

REGISTRO DE VIAJE DE REEMBOLSO DE MILLAS FUERA DEL ESTADO

Nombre del cliente: _____

Inicial media: _____

Apellido: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____

Teléfono#: _____

Asistí a las citas a continuación y el personal del consultorio médico firmó a continuación. Firma del cliente: _____

Nombre del conductor: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Dirección postal del conductor: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono del conductor: _____

☐ Marque la casilla si es un conductor nuevo

☐ Marque la casilla si la información del controlador ha cambiado

Certifico al entregar este formulario que tengo una licencia de conducir de Maine vigente y válida. El vehículo utilizado

Para el servicio que se detalla a continuación, cuento con una calcomanía de inspección válida del estado de Maine. El vehículo está registrado y asegurado en el estado de Maine.

Firma del conductor: _____

Número de licencia de conducir: _____

Fecha de vencimiento de la licencia de conducir: ____/____/____

Entiendo que Penquis solo reembolsará a UNA persona por vehículo. Presentar más de un formulario por vehículo se considera FRAUDE y se denunciará.

FECHA DE VIAJE	ID DE VIAJE#	PROVEEDOR MÉDICO	FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO
		Nombre:	
		DIRECCIÓN:	
		Nombre:	
		DIRECCIÓN:	
		Nombre:	
		DIRECCIÓN:	
		Nombre:	
		DIRECCIÓN:	

* Cada fecha de servicio debe estar firmada por un proveedor médico para que se apruebe el reembolso. NOTA: Cada viaje se confirmará con la oficina del proveedor médico. antes de realizar los pagos. El reembolso de kilometraje solo se aplica cuando el cliente se encuentra en el vehículo. Este formulario debe entregarse a más tardar 60 días después de la fecha de vencimiento. primera cita o se negará el reembolso.

USO DE OFICINA NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Fecha de recepción: _____

Kilometraje total a pagar: _____

Importe total de esta factura: _____

Fecha de la factura: _____