

Formulaire de demande - Transport des patients & Remboursement

1. Données personnelles du patient

À remplir par le demandeur

Nom : PIVET

Prénom : Bruno

Date de naissance : 26/03/2018

Adresse : Cité Paupre, 33 6590 Nam. phily

Numéro de téléphone : 04751372226

Adresse e-mail : rtknm@outlook.fr

2. Détails de la demande

À remplir par le demandeur

Date du transport : 4/9 - 25/9 - 23/10

Adresse de départ : Cité Paupre, 33 6590 Nam. phily

Destination : GHDC - Viviers - Rue Compiègne des Viviers, 1 6060 Phily

Motif du transport (médical, social, autre) :

3. Moyen de transport demandé

- Taxi
- Voiture privée 0,41€/KM
- Transport en commun
- Autre :

5. Demande de remboursement ?

- Oui
- Non

Pièces justificatives requises pour le remboursement (ex. preuve de paiement, certificat médical)

.....

6. Signatures

À signer par

Demandeur : 

Soignant / Coordinateur :  NOTTE Ch.

Responsable décisionnaire :

Grand Hôpital de Charleroi
Site Les Viviers
NOTTE Christel
Assistante Sociale
Tél. : 060/11.16.33

Remarques / Informations supplémentaires

.....