

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

Avant de remplir le formulaire, veuillez lire les [informations importantes](#) qui s'y rapportent.

Professionnel

PRÉNOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL
--------	-----	---------------------

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE
CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT			

VOTRE PROFESSIONN

Dentiste

Médecin omnipraticien

Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

Acte

Honoraires forfaitaires

Mixte

SLE

Tarif horaire

Vacation

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés.	TEMPS DE DÉPLACEMENT	NBRE D'HEURES FACTURÉES	TAUX HORAIRE	MONTANT (CALCULÉ À 100%)	À L'USAGE DE LA RÉGIE
		X		=	

MOYENS DE TRANSPORT						MONTANT	À L'USAGE DE LA RÉGIE
ANNÉE	DATE MOIS	JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS			
			Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE	TAUX		
				X			
JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.						MONTANT TOTAL DES FRAIS	

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pour les heures qui ont servi à mon déplacement.	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE
--	----------------------------	------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

--