

BON DE TRANSPORT

bon n° _____
(à remplir par le Réseau Périnatal Guyane)

À remplir par le professionnel de santé

Le prescripteur : Nom, prénom :
Qualité :
Structure :

Le bénéficiaire : Nom, prénom :
Date de naissance : / /

Le trajet : ☐ trajet aller ☐ trajet retour ☐ trajet aller/retour
Transport avec accompagnant : ☐ oui ☐ non

Adresse de départ :
.....

Adresse d'arrivée :
.....

Date prévue du transport : aller :
retour :

Commentaires éventuels :	Transmis à la Société d'ambulance le : Identification du demandeur : Signature + Tampon
---	--

FACTURE N° _____ (à remplir par le Réseau Périnatal Guyane)

À remplir par le transporteur

Nom de la Société de transport :
 Adresse :
 Téléphone :
 Mail :
 N° SIRET :
 Code APE :
 N° Adeli :

À l'attention du Réseau Périnatal Guyane,

à, le / /

Description	Prix unitaire
Patient (nom, prénom, date de naissance)	
Détail du trajet :	Montant :
1- Trajet ALLER : date / / à h.....min	
lieu de départ :	
Lieu d'arrivée : à h	Montant :
2- Trajet RETOUR : date / / à h.....min	
lieu de départ :	
Lieu d'arrivée : à h..... min	
TOTAL FACTURE	TOTAL

TVA non applicable selon l'article 293B du CGI – Tampon et signature du prestataire

IBAN :

BIC :

Afin de prétendre au remboursement des transports réalisés, le transporteur doit transmettre au Réseau Périnatal Guyane le bon de transport **dûment complété, recto et verso**, à l'adresse suivante : assistant-coordo@reseauperinatguyane.fr