

# BON DE TRANSPORT

**bon n°** \_\_\_\_\_

(à remplir par le Réseau Périnat 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 : <b>Signature + Tampon</b>
---	--

**FACTURE N°** \_\_\_\_\_ (à remplir par le Réseau Périnat 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 Périnat 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 .....	
.....	
.....	
.....	
.....	
2- Trajet RETOUR : date ..... / ..... / ..... à ..... h.....min	
lieu de départ : .....	
.....	
.....	
Lieu d'arrivée : à ..... h ..... min	
.....	
.....	
TOTAL FACTURE	<b>TOTAL</b>

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 Périnat Guyane le bon de transport **dûment complété, recto et verso**, à l'adresse suivante : [assistant-coordo@reseauperinatguyane.fr](mailto:assistant-coordo@reseauperinatguyane.fr)