

**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
---	--

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	
.....	
.....	Montant :
2- Trajet RETOUR : date / / à h min	
lieu de départ :	
.....	
Lieu d'arrivée : à h min	
.....	
.....	TOTAL
TOTAL FACTURE	

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