

JUSTIFICATIF D'ATTENTE



JUSTIFICATIF TEMPS D'ATTENTE - TRANSPORTS EN TAXI Attestation à joindre obligatoirement à la facture du transport

ENTREPRISE DE TAXI

Nom de l'entreprise : _____

Numéro de Facturation : 612 5 _____

PATIENT TRANSPORTÉ

Nom : _____ Prénom : _____

N° d'immatriculation de l'assuré : _____

A remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

ÉTABLISSEMENT OU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Date de transport : __ / __ / 20__

Établissement et service ou professionnel de santé :

Atteste que l'entreprise de taxi ci-dessus est :

- arrivée à _____ heures _____ minutes

- repartie à _____ heures _____ minutes

Signature du professionnel de santé
ayant réalisé la séance de soins

Cachet de la structure de soins ou
du professionnel de santé

COMMALE ORNE - 03005 - Janvier 2019

Signature :