Décompte du transport

Personne assurée

Prénom	Nom	Numéro-client

Indications concernant la personne qui effectue le trajet

Prénom	Nom	Adresse

Facture

Mois	**Année**	Indemnisation par kilomètre CHF
		CHF 0.70

Merci pour une description détaillée par jour

Date	**Motif du trajet** (p. ex. physiothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc.)	**Nombre de kilomètres**	**Montant en CHF**
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
			CHF 0.00
Total kilomètres		0.0	
Montant total en CHF			**0.00**

Montant reçu

Lieu / Date	Signature du conducteur

A envoyer à:
CSS, Leistungsprüfung, Case postale 2568, 6002 Lucerne