Décompte du transport

Personne assurée: **Numéro-client:**

Prénom / Nom / Adresse de la personne qui effectue le trajet:

Facture pour le mois de **Année**
Indemnisation par kilomètre CHF 0,60

Merci de saisir une description détaillée par jour

Date	**Motif du trajet** p. ex. physiothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc.	**Nombre de kilomètres**	**Montant en CHF**

Pour acquit:

Lieu / date: ....

(Signature du conducteur)