**VERPLAATSINGSKOSTEN** (volgend uit een door uw behandelend geneesheer voorgeschreven behandeling )

VOOR DE PERIODE VAN TOT (Maximum één jaar )

**IN DRUKLETTERS INVULLEN OF EEN KLEEFVIGNET ARBEIDSONGEVAL AANBRENGEN**

NAAM EN VOORNAAM:
GEBOORTEDATUM:
DATUM ARBEIDSONGEVAL:
MEDISCH NUMMER:

**VAK VOORBEHOUDEN AAN MEDEX**

| In verband met het ongeval | tarificatie<br>Bedrag: EURO |
|---|---|
| | |

| DATA | PLAATS<br>VAN VERTREK<br>Gemeente,straat + Nr. | VAN AANKOMST<br>Gemeente,straat + Nr. | VERVOER-MIDDEL<br>(trein,tram,bus) | Km | BEDRAG<br>eigen wagen:<br>0,2479 EUR per km | REDEN VAN DE VERPLAATSING +ADRES HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ZORGEN-VERSTREKKER VOOR IEDERE VERPLAATSING |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

TOTAAL IN EUR :

Voor waar en echt verklaard voor een totale som van( voluit in letters)

Deze som mag gestort worden op bankrekening met N°: _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ / _ _ Datum :

HANDTEKENING Adres: Straat Nr

Postcode : Gemeente :