

FOR IMMEDIATE PAYMENT / PAIEMENT DANS L'IMMÉDIAT								
Invoice No./ No. de facture:		(For Office Use/à l'usage du bureau) Name of person authorizing spending / Nina Forbes Nom de la personne autorisant les dépenses :						
** (To complete form electronically, click in the appropriate field to begin typing information) / (Pour compléter le formulaire électroniquement, cliquer à l'intérieur du champs approprié pour y inscrire les renseignements) **								
First and last name or Professional Corporation: / Prénom et nom ou Corporation professionnel :								
Address/Adresse :								
Street/Rue								
City/Ville		Province		Code Postal Code				
Email/Courriel:		Telephone:						
Purpose of travel / Motif(s) du déplacement :						Dates:		
Transportation (receipts required) / Transport (reçus exigés) :								
Parking / Stationnement						\$		
Tolls / Péages						\$		
Private Auto / Voiture privée				km x \$0.57/km =		\$		
Accommodations (receipts required) / Hébergement (reçus exigés) :								
Incidental expenses (\$5 per night) / Dépenses connexes (5 \$ le soir) :						\$		
Meals / Repas :								
Allowance / Indemnité		In-Province / Dans la province						
#	Breakfast/Déjeuner	\$ 10.88 / 10,88 \$				\$		
#	Lunch / Dîner	\$ 15.23 / 15,23 \$				\$		
#	Dinner / Souper	\$ 28.22 / 28.22 \$				\$		
Total cost of meals / Coût total des repas :						\$		
Total expenses / Total des dépenses						\$		
Claimant's Signature / Signature du demandeur :						Date :		
(For office use / à l'usage du bureau)								
Coding / Codage :		Dept	Org	Prog	Acct	Task	Opt	Account
		35	3575	3502	4792	NCRY	NPPP	N39002
Please return completed form to / Prière de retourner le formulaire dûment rempli à :								
Med.Phys.Programs@gnb.ca Department of Health Medicare and Physician Services P.O. Box 5100, 520 King Street Fredericton, NB E3B 5G8				Med.Phys.Programs@gnb.ca Ministère de la Santé Assurance-maladie et services aux médecins C.P. 5100, 520, rue King Fredericton, (N.-B.) E3B 5G8				