

| FOR IMMEDIATE PAYMENT / PAIEMENT DANS L'IMMÉDIAT | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|------|---|------|---------------|------|---------|
| Invoice No. / No. de facture: | | <i>(For Office Use/à l'usage du bureau)</i> Name of person authorizing spending / 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 champ approprié pour y inscrire les renseignements) ** | | | | | | | | |
| First and Last Name or Professional Corporation: / Prénom et nom ou Corporation professionnel : | | | | | | | | |
| Address / Adresse : | | | | | | | | |
| Street/Rue | | | | Province | | | | |
| City/Ville | | | | 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 \$0.50/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 | \$ 10.25 / 10,25 \$ | | | | \$ | | |
| # | Lunch / Dîner | \$ 14.35 / 14,30 \$ | | | | \$ | | |
| # | Dinner / Souper | \$ 26.60 / 26,60 \$ | | | | \$ | | |
| Total cost of meals / Coût total des repas : | | | | | | \$ | | |
| Total Expenses / Total des dépenses : | | | | | | \$ | | |
| Claimant's Signature / Signature du demandeur : | | | | | | Date : | | |
| Coding / Codage : <i>(For office use / à l'usage du bureau)</i> | | | | | | | | |
| | | 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 : | | | | | | | | |
| Department of Health Medicare & Physician Services P.O. Box 5100, 520 King Street Fredericton, NB E3B 5G8 | | | | Ministère de la Santé Assurance-maladie et services aux médecins C.P. 5100, 520, rue King Fredericton, (N.-B.) E3B 5G8 | | | | |