

MAAND	JAAR

Betreft:	een arbeidsongeval	Datum:	
	een beroepsziekte	Nummer:	

IDENTIFICATIEGEGEVENS VAN DE AANVRAGER

NAAM:		Voornaam:	
Identificatienummer:			
Rijksregisternummer:			
Telefoonnummer:			
E-mailadres:			

1. VERPLAATSINGSKOSTEN

Datum	Gedetailleerde reisweg			Vervoermiddel		
	dd/mm/jjjj	Gedetailleerde plaats van vertrek	Gedetailleerde bestemming	Heen/terug	Privé/Taxi	Openbaar vervoer
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
				heen terug		
Berekend door:					TOTAAL	
Datum:						

2. VERPLAATSINGSKOSTEN *(kader voorbehouden aan DGR/DRP-PMS)***3. AANTAL STAVINGSTUKKEN GEVOEGD BIJ DEZE KOSTENNOTA BETREFFENDE DE VERPLAATSINGS- EN VERBLIJFSKOSTEN:**

Tickets trein, tram, bus:	
Oproeping:	
Andere:	

VERKLARING VAN DE AANVRAGER *(Indien nodig ter verduidelijking van een situatie)***4. AANVRAGER** *(nadat het formulier is ingevuld, gedateerd en ondertekend, wordt het verstuurd naar DGR/DRP-PMS)*

Echt en volledig verklaard	Datum:	Handtekening:
----------------------------	--------	---------------

Na vergelijking met het dossier, dateert en ondertekent DGR/DRP-PMS (medische dienst):**'GOED VOOR BETALING'**

Naam Voornaam:	Functie:
Datum:	Handtekening:

PROCEDURE – FEDERALE POLITIE – DGR/DRP-PMS *(medische dienst)*