



Formulaire de facturation du programme Passeport

À remplir par un préposé et à joindre au formulaire de paiement des services

Renseignements sur le client		Services offerts par :	
Code de la famille :		Nom de famille :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
N° de téléphone :		N° de téléphone :	

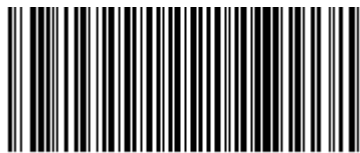
TYPE DE SERVICE (p.ex. soutien à la personne, répit, tutorat)	DE (date) (JJ/MM/AAAA)	À (date) (JJ/MM/AAAA)	QUANTITÉ (heures)	TAUX (\$/heure)	TOTAL (0,00 \$)
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
TOTAL :					\$

- En signant ce formulaire, je confirme être âgé d'au moins 18 ans et avoir offert les services décrits ci-dessus. Je confirme également ne pas être le principal fournisseur de soins du client ci-dessus.

Signature du préposé

Date

Date de réception :



PAS-01-02-5555