

Formulaire de réclamation de repas sur quart d'ambulance

<input type="checkbox"/> Beauceville	<input type="checkbox"/> East-Broughton	<input type="checkbox"/> Disraeli
<input type="checkbox"/> La Guadeloupe	<input type="checkbox"/> Lac-Etchemin	<input type="checkbox"/> St-Georges
<input type="checkbox"/> St-Joseph	<input type="checkbox"/> Ste-Claire	<input type="checkbox"/> Ste-Justine
<input type="checkbox"/> Ste-Marie	<input type="checkbox"/> Thetford-Mines	

Nom du TAP : _____

N° d'employé : _____ Soir Faction

N° d'équipe : _____ Nuit Jour

Heure de début du présent quart : _____

Heure de fin du présent quart : _____

Heure normale de prise de repas : _____

Heure de reprise de repas : _____

N° AS-810 ou n° carte d'appel : _____

Date de l'événement : _____

Heure d'affectation : _____ Heure retour : _____

Lieu ou zone de prise en charge : _____

Lieu ou zone de destination : _____

- Interruption de repas et reprise par la suite
(Coupon de la reprise demandé)
- Prise de repas plus d'une heure après l'heure normale
(Coupon de caisse demandé)
- Autre (précisez) : _____

Montant maximal de la réclamation :	
Déjeuner (13.75\$)	Dîner (18.90\$)
Souper (28.50\$)	Soir (28.50\$)
Repas de nuit (28.50\$) <i>*Horaire à l'heure</i>	Collation de nuit (13.75\$) <i>*Transport entre 0h00 et 3h00 horaire de faction</i>

MONTANT DU COUPON DE CAISSE : _____ \$

SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYEUR	
MONTANT ALLOUÉ : _____ \$	<input type="checkbox"/> REFUSÉ
COMMENTAIRES :	

**ESPACE RÉSERVÉ
 POUR LA FACTURE**

(COUPON DE CAISSE DÉTAILLÉ)

SIGNATURES	
TAP	DATE
SUPERVISEUR	DATE