

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS EXPOSES D'UN PATIENT  
INCLUS DANS UN ESSAI CLINIQUE**

Votre patient a été inclus dans une étude clinique dont le promoteur est MSD France. Afin de permettre le remboursement de ses frais de déplacements, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de l'adresser à :

**SOCIETE ASCOPHARM GP NOVASCO  
AUTORISATION 10338  
75385 PARIS Cedex 08**

ou au moyen d'enveloppes T qui vous ont été fournies.

Référence de l'étude : MK-5172-096

Identification Confidentielle du Patient: Patient n° : 360209

Frais de déplacement : Aller - Retour Domicile - Centre Investigateur.

Frais engagés par :  patient  VSL  Taxi  Infirmier  Laboratoire  Autres

Détail du remboursement: à préciser	Visite (V1, V2...)	Date	Commentaires (RDV centre, dermatologue, IRM)	Montant unitaire (ex. 1 aller simple)	Montant total (ex. 15 €)
1 Aller 59 km	V1	16/08/14		0,595	35,1
1 Retour 59 km	V2			0,595	35,1
1 Place aller	V2			5,80	5,80
1 Place retour	V2			5,80	5,80
<b>TOTAL</b>					<b>81,82</b>

NB : Les déplacements par véhicule personnel font l'objet d'un remboursement sur la base du nombre de kilomètres parcouru (à préciser dans "Détail du Déplacement") et au taux défini par barème fiscal en cours. Faire une photocopie de la carte grise du véhicule.

Authentification :

Je, soussigné, Investigateur de l'étude clinique référencée ci-dessus, certifie l'exactitude des frais engagés.

Nom de l'Investigateur :

Date : 16/08/2014

Signature :

Cachet

**Pr ZARSKI Jean-Pierre**  
Hépatogastroentérologie

**CHU GRENOBLE**  
04 76 76 54 41

Contact (ARC / TEC / ....) sur site : sheslodi 04 76 76 72 32

PPDS 10003669632

Information patient :

Les informations personnelles transmises par votre médecin font l'objet d'un traitement informatique par la société ASCOPHARM Groupe NOVASCO nécessaire au règlement des frais. Ce traitement a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au service Frais Patients.

✕

Identification du Bénéficiaire :

(Informations nécessaires au règlement. Ces Informations ne seront pas transmises à MSD France et seront traitées confidentiellement)

Nom :

GEOFFROY

Prénom

Jean-Luc

Adresse :

36 imp. de la Martinie 78000 Ballens.

Signature du patient

*[Signature]*



PREFECTURE DE LA SAVOIE

73/001/TERM32/OPSP/

N° Immatriculation

Date du certificat

Date de 1<sup>ère</sup> Immatriculation

(A) 663 VG 73 (I) 12/04/2005 (B) 28/02/2001

(C.1) M. GEOFFROY JEAN-LUC

(C.4a) EST LE PROPRIETAIRE DU VEHICULE  
(C.4.1) 1

36 IMP MARTINIÈRE  
031 73000 BASSENS

(D.1) VOLKSWAGEN

(D.2)

(D.3) PASSAT

(F.1)

(F.2) 2000

(G)

(G.1) 1487

(J)

(J.1) VP (J.2)

(K)

(P.1)

(P.2)

(Q)

(S.1) 5

(U.2) 3000

(V.7)

(D.2.1) MVW55D4EY576

(E) WVWZZZ3BZ1E174089

(F.3) 3600

(J.3) BREAK

(P.3) GO

(P.6) 7

(S.2)

(U.1) 76

(V.9)

(Y.1) 210,00 (Y.2)

(Y.3) 210,00

(I.1) 28/02/2001 (A.1)

67BLR 38

(X.1) VISITE AVANT LE  
(SAUF REGT. SPEC.)

21/02/2007 A

POUR LA PRÉFECTURE DE LA SAVOIE



Philippe VERHELST

Certificat d'immatriculation

COUPON DÉTACHABLE

GEOFFROY JEAN-LUC  
VOLKSWAGEN  
WVWZZZ3BZ1E174089

663 VG 73 12/04/2005 05HL 01582

Pour imprimer ce RIB, utilisez la fonction « Imprimer »  
de votre navigateur.

Fermer



**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

**CA DES SAVOIE** 24/08/2017  
**BASSENS** 00837  
Tel. 0479446035 Fax. 0479854421

Intitulé du Compte : **MONSIEUR GEOFFROY JEAN-LUC**

36 IMPASSE DE LA MARTINIÈRE  
73000 BASSENS

**DOMICILIATION**

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18106	00810	83749110050	66

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1810 6008 1083 7491 1005 066

Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift:  
AGRIFRPP881



**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

**CA DES SAVOIE** 24/08/2017  
**BASSENS** 00837  
Tel. 0479446035 Fax. 0479854421

Intitulé du Compte : **MONSIEUR GEOFFROY JEAN-LUC**

36 IMPASSE DE LA MARTINIÈRE