



DÉCOMPTE DE FRAIS

GRID / Related-ID:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Date du prélèvement (dd/mm/yy):

Frais occasionnés par les préparatifs du prélèvement de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques ou encore de lymphocytes ainsi que par le séjour stationnaire ou ambulatoire à l'hôpital et pour le suivi du don : usage du véhicule privé, motos ou vélo/vélo électrique 0,70 CHF/km, billet de train en 2e classe, taxi, repas.

Le décompte des frais et les coordonnées bancaires doivent être envoyés à : Transfusion CRS Suisse SA, SBSC Koordination, Waldeggstrasse 51, 3097 Liebefeld
ou par courriel à : tx-coordination@blutspende.ch

Veuillez joindre tous les justificatifs ainsi que la page contenant les coordonnées bancaires pour le remboursement.

Total frais examen médical:

Où, quand: CHF

Total frais au moment du prélèvement:

Où, quand: CHF

Total frais FollowUp:

Où, quand: CHF

Autres frais (préciser s.v.p.):

..... CHF

Total des dépenses

CHF

En cas de perte de salaire : si l'employeur ne prend pas en charge cette perte, veuillez lui demander de vous fournir une attestation indiquant le montant brut de la perte de salaire.

Lieu, date:

Signature:

Formulaire additionnel au décompte de frais



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA

SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
tx-coordination@blutspende.ch
www.blutspende.ch

GRID / Related-ID:

Nom : Prénom:

Date de naissance:

Coordonnées bancaires

IBAN

Nom de banque/Poste

BIC

Nom et adresse

Bénéficiaire

Lieu, date: Signature :

Cette page ne doit être remise qu'une fois.
Prière de communiquer tous les changements des coordonnées bancaires. Toutes les données seront
traitées de manière strictement confidentielle.

Envoyer à:

Transfusion CRS Suisse SA
SBSC Koordination
Waldeggstrasse 51
3097 Liebefeld

ou par courriel à : tx-coordination@blutspende.ch