

REMARQUE : Seul l'interprète peut remplir ce formulaire. Un formulaire distinct doit être utilisé pour chaque tribunal. Veuillez écrire clairement tous les renseignements en caractères d'imprimerie.

Facture de l'interprète

N° de facture
 Date de la facture
 (JJ/MM/AA)

Nom de l'interprète : (nom, prénom, initiales)
 Adresse : (rue et numéro, ville, province et code postal)
 Cocher cette case **seulement** s'il s'agit d'une **nouvelle** adresse)

Numéro d'inscription de TVH

Tribunal
 Langue

Date du service (JJ/MM/AA)	Nom de l'affaire / Numéro de dossier de la Cour	Heure prévue pour l'ouverture de la Cour	Heure d'ajournement de la Cour	DÉDUIRE Durée de pause de midi (max. 1 heure)	AJOUTER Heures supplémentaires autorisées	NOMBRE TOTAL D'HEURES PASSÉES AU	Initiales du greffier	NOMBRE TOTAL D'HEURES FACTURABLES	AJOUTER Dépenses autorisées supplémentaires (Le cas échéant, joindre les reçus)	Indemnité kilométrique ou tarif de transport en commun
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à
										km/transport en commun à

Je soussigné(e) poursuivant(e)
 autorise également le paiement de dépenses supplémentaires d'un montant de
 pour (raison)
 _____ Poursuivant _____ Date _____

Valeur du TOTAL des heures facturables ▶		} TOTAL GÉNÉRAL AVEC TAXES \$	◀ TOTAL km
Valeur du km TOTAL ▶			◀ Solde précédent
TOTAL Autres dépenses (sauf km) ▶			Km TOTAL à ce jour
TOTAL PARTIEL Avant les taxes ▶			
HST pour les <u>Heures facturables</u> ▶			
HST pour les <u>Dépenses</u> ▶			
▲ TOTAL Dépenses supplémentaires			

Je certifie que j'étais présent(e) à l'audience décrite ci-dessus.

 Signature de l'interprète _____ Date _____

Approuvé : _____ Date : _____
 Superviseur/Fonctionnaire autorisé

Nom et titre en caractères d'imprimerie :