



Registro de Millaje no Médico

NOMBRE COMPLETO del empleado: _____

NOMBRE COMPLETO del participante:

PERIODO DE PAGO (Elija uno):	1-15	16-30/31
------------------------------	------	----------

Por favor recuerde:

- El millaje médico no puede reembolsarse.
- El millaje DEBE estar incluido en el Plan de Gasto
- El registro de millaje debe ser firmado y enviado por el Participant / Representante
- El registro de millaje debe enviarse por correo electrónico a sequoiavendors@sequoia.com

[illegible]

Mi licencia de conducir, registro automovilístico y el seguro de cobertura de daños requerida por el estado estuvieron al corriente, en efecto y sin restricciones durante todo el tiempo que proporcioné los servicios de transporte listados aquí.

Firma del Empleado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Participante / Representante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____