

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del Prestador:

Domicilio:

Localidad/ Provincia:

Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI:

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	Km/VIAJE	IMP. (\$) Km	IMP. (\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	--------------	------------------

Dependencia (S/N):

Monto Mensual (\$)

Período Traslados

Desde:

Hasta:

CRONOGRAMA DE TRASLADOS: (marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Esquema de Transporte descrito precedentemente al Beneficiario

DNI:

Nº de Beneficiario

Firma del Beneficiario o Representante

Aclaración:

DNI del Firmante:

Lugar y Fecha del Consentimiento:



Obra Social
Perfumista

Entre todos
nos cuidamos.