

FORMULARIO PARA TRANSPORTE

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TRASLADOS

PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____

LUGAR DE PARTIDA: _____

LUGAR DE DESTINO: _____

VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____

MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____

LUGAR DE PARTIDA: _____

LUGAR DE DESTINO: _____

VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____

MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____

LUGAR DE PARTIDA: _____

LUGAR DE DESTINO: _____

VIAJES / DIA: _____ KM/ VIAJE: _____

MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

FIRMA Y SELLO DEL
RESPONSABLE DEL TRANSPORTE

ACLARACION

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte propuesto.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DNI

ACLARACIÓN

VÍNCULO