

Discapacidad – Diagrama de traslado Consentimiento

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del prestador

Razón Social del prestador: _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: _____

Localidad/ Provincia: _____ Código de área y teléfono: () _____ Email: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

TRASLADOS A: _____

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/IDA Y VUELTA DIARIO	IMP (\$)/KM IDA Y VUELTA DIARIO

Dependencia: SI _____ NO _____

Período: Desde _____ hasta _____ año 20 _____

Cronograma de traslados: (marcar con una "X" los días de traslados)

prestación/Especialidad: (según mecanismo de INTEGRACIÓN)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO (Para ser completado por el representante del afiliado, la fecha debe ser la misma de la parte de arriba)

Por la presencia de constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ DNI _____

Firma, Aclaración y DNI del Beneficiario o representante y DNI

Fecha: _____/_____/20____