



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
 Transporte
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Para cada beneficiario debe presentar una factura por cada destino y adjuntar a la misma la siguiente planilla.

Transporte a: _____ <small>(Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)</small>
Partida desde: _____ <small>(Calle y número, localidad y provincia)</small>
Destino: _____ <small>(Calle y número, localidad y provincia)</small>

Fechas	Horario Ida	Horario Vuelta	Firma o aclaración del paciente o responsable

Firma del transportista Responsable

Aclaración y Sello