

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE

DIAGRAMA DE TRASLADOS - CONSENTIMIENTO

LUGAR DE EMISIÓN _____

FECHA _____

RAZÓN SOCIAL		CUIT
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	EMAIL	TELÉFONO
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO		DNI

TRASLADOS					
PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE	IMP (\$)/KM	IMP (\$)/DIARIO

DEPENDENCIA (S/N)	MONTO MENSUAL (\$)
PERÍODO DE TRASLADOS, DESDE <input type="text"/>	HASTA <input type="text"/>

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

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

SÓLO COMPLETA EL MÉDICO AUDITOR

Autorizo:					
Desde:		Hasta:			
SUR	NO SUR a/c de:				
Valor/mes \$		Dependencia	SI	NO	
Km/Día:		Cant. Días:		\$ Km	

OBSERVACIONES

Firma Responsable del Transporte

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRE _____

DNI _____

Nº BENEFICIARIO _____

Firma BENEFICIARIO o REPRESENTANTE

.....
Aclaración

.....
DNI FIRMANTE

LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO
