

PLANILLA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRANSPORTE: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

MES y AÑO _____ MODALIDAD DE COBERTURA: SSS ☐ SUBSIDIO ☐

DIA	SALIDA	LLEGADA	REGRESO	Kms día
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Adjuntar a la factura, planilla de Asistencia. La Obra Social podrá dar de baja la prestación si se comprobare cualquier falta grave en el incumplimiento de la prestación y/o connivencia entre las partes que perjudique a la OS.

Firma del Director/a
Establecimiento

firma del padre/madre o tutor

Firma del PrestadorDel