

CONFORMIDAD DIAGRAMA DE TRASLADOS

Para completar por el Beneficiario / Familiar / Responsable o Tutor

Por la presente dejo constancia de mi **consentimiento al Diagrama de Traslados** descripto al Beneficiario
DNI

Nombre y Apellido

Firma Beneficiario/Familiar
Responsable/Tutor

Aclaración y DNI Firmante

Lugar y Fecha de Conformidad

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR.

Razón Social

Domicilio

Localidad/Pcia

Teléfono

Compañía de Seguro

N° Póliza

E-mail

PRESTACIÓN (a donde realiza el traslado)	DÍAS QUE REALIZA EL TRASLADO	DIRECCIÓN PARTIDA	DIRECCIÓN DESTINO	KM POR VIAJE	KM MENSUALES	MES INICIO TRASLADO

Adicional 35%: SI ☐ NO ☐ En caso de seleccionar SI deberá indicar los apoyos específicos que se realiza.

Firma responsable

Aclaración del transporte