

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL TRANSPORTE

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PERÍODO MES AÑO

PRESTADOR CUIT

Transporte a (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)

Partida desde (Calle y número, localidad y provincia)

Destino (Calle y número, localidad y provincia)

CANT.	FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL TRANSPORTISTA	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

MARCAR CUANDO CORRESPONDA:

CORRESPONDE MÓDULO SEGÚN RESOLUCIÓN 1992/2015

Firma del Transportista responsable

Sello del recibo

Firma del Responsable o Paciente

DNI del Firmante

Aclaración de Firma del Transportista

Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

Matrícula/DNI del Transportista

Vínculo