

## 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					

TRANSPORTISTA

RESPONSABLE o PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma del transportista responsable      Sello del recibo

\_\_\_\_\_  
Firma      DNI

Aclaración  
\_\_\_\_\_

Aclaración  
\_\_\_\_\_

Matrícula/DNI  
\_\_\_\_\_

Vínculo  
\_\_\_\_\_