OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
TRANSPORTE

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)

FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL TRANSPORTISTA	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO

TRANSPORTISTA

Firma del transportista responsable

Sello

Aclaración

DNI

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo