3.6 PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - TRANSPORTE

Prestador:……..……..……

Domicilio:……...….

Correo Electrónico……Tel ( ) ……..…….

Apellido y Nombre del beneficiario: ……..……..

DNI: ……

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

Periodo (mes y año)……

Ida:

Desde……..……..

Hasta……..……..……..

Km por viaje..……Cantidad de **viajes** mensuales ……..……

Vuelta:

Desde……..……..

Hasta:..……..……..……..……

Km por viaje ……..Cantidad de **viajes** mensuales ……

Total **Km** por **día: ……** **Cantidad de días/mes: ……..……**

<u>Total Km mensuales</u>:……..……

Prestador	**Paciente o responsable**
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo