



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL DE TRANSPORTE

La presente tiene carácter de declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	
RAZON SOCIAL/PRESTADOR	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
TIPO DE PRESTACIÓN	
PERIODO (MES Y AÑO)	

Transporte a (indicar tipo de terapia y/o razón social de la institución).....

Partida desde (calle y numero, localidad y provincia)

.....

.....

.....

Hasta (calle y numero, localidad y

provincia).....

.....

.....

FECHA DD/MM/AA	HORARIO DE IDA	HORARIO DE VUELTA	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Firma y sello del transporte