



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL DE TRANSPORTE

La presente tiene carácter de declaración jurada

Nombre y apellido:

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC DNI LE PAS N°

Razón Social / Prestador:

N° de Factura Relacionada:

Tipo de Prestación:

Período (Mes y Año):

TRANSPORTE

(Indicar tipo de terapia y/o razón social de la institución)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECORRIDO

DESDE: (calle y número, localidad y provincia)

.....

.....

.....

HASTA: (calle y número, localidad y provincia)

.....

.....

.....

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.

