

Formulario 012 - Programa de Discapacidad

Presupuesto: Transporte

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

 / /

Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombres

Número de DNI

Datos de la Empresa de Transporte

Apellido y Nombres / Razón Social

Domicilio

Localidad

Provincia

Teléfono

E-mail

CUIT

Habilitación Emitida por

Compañía de Seguros

Póliza N°

Prestación con Dependencia 35% Sí No

Tomo conocimiento de que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan la correspondiente autorización.

Firma y Sello del Prestador

Aclaración

Recorrido

Completa en la siguiente hoja del formulario los datos de cada recorrido (una hoja por traslado). Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

Debe completar tantas hojas como corresponda.

Formulario 012 - Programa de Discapacidad

Presupuesto: Transporte

Completar todos los campos del formulario.

Ida

Beneficiario se traslada a la Prestación / Prestaciones:

Desde Calle

Número

Localidad

Hasta Calle

Número

Localidad

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horarios | | | | | | |

Período

Desde

Hasta

Año

Km Diarios

Km Semanales

Km Mensuales

Precio por Km

Vuelta

Beneficiario se traslada de la Prestación / Prestaciones:

Desde Calle

Número

Localidad

Hasta Calle

Número

Localidad

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horarios | | | | | | |

Período

Desde

Hasta

Año

Km Diarios

Km Semanales

Km Mensuales

Precio por Km

Total Mensual

Km Semanal

Km

\$

Km Mensual (4 Semanas)

Km

\$