

PARA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO/FAMILIAR/RESPONSABLE O TUTOR.

Conformidad Diagrama de Traslados.

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Diagrama de Traslados descrito al Beneficiario

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

.....
Firma Beneficiario/Familiar
Responsable/Tutor

.....
Aclaración y DNI Firmante

.....
Lugar y Fecha de Conformidad

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR.

Razón Social

Domicilio Localidad/Pcia

Mail Teléfono

Compañía Seguro N° Póliza

PRESTACIÓN (a donde realiza el traslado)	DÍAS QUE REALIZA EL TRASLADO	DIRECCIÓN PARTIDA	DIRECCIÓN DESTINO	KM POR VIAJE	KM MENSUALES	MES INICIO TRASLADO

Adicional 35%: SI NO En caso de seleccionar SI deberá indicar los apoyos específicos que se brindan por la dependencia:

.....
Firma responsable
del transporte

.....
Aclaración

