

Consentimiento Transporte 2025
TERAPIAS

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: CUIT:
Dirección donde ofrece la Prestación:
Mail: Teléfono:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Transporte a:

Período de Atención:

Valor Prestacional conforme a Nomenclador:

Cronograma:

VIAJE IDA:

Desde calle: Localidad:
Hasta calle: Localidad:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora					

VIAJE REGRESO:

Desde calle: Localidad:
Hasta calle: Localidad:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora					

Firma y Aclaración del
Responsable del Servicio

Consentimiento: Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestación descripta anteriormente al:

Beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario/ Representante

Aclaración

Fecha: