

O.S.P.I.V

Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

PLANILLA ASISTENCIA MENSUAL
TRANSPORTE

Razón Social:

Correo electrónico:

Telefono contacto:

Beneficiario:

DNI:

Período: (mes-Año)

Traslado a:

Indicar terapia/establecimiento

Domicilio partida:

Domicilio de destino:

CANTIDAD DE VIAJES		CANTIDAD DE DIAS	
KM POR VIAJE		KM POR DIA	
TOTAL DE KM MENSUALES			

PRESTADORES		FAMILIAR RESPONSABLE
Firma del transportista	Firma de profesional y/o establecimiento	firma familiar responsable
Aclaración	Sello/Aclaración	ACLARACION
		PARENTESCO