



PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE  
DISCAPACIDAD.

Prestador: .....

Periodo de facturación (mes y año): .....

Modulo / Prestación: .....

Domicilio de la prestación: .....

Mails: .....Teléfono: .....

Km diarios..... km mensuales ..... Dependencia: SI - NO

Fecha	Horarios:	Firma y aclaración del afiliado

Firma y aclaración del prestador