





SOLICITUD DE CAMBIO DE TRANSPORTISTA

Nombre Titular:					
DNI:	N° de Beneficio:				
Domicilio y Loca	alidad:				
_					
Teléfono de cor	ntacto (poner	en lo posible	e más de uno):		
Nombre del A	poderado/Res	sponsable/Tu	ıtor del Titular:		
Nombre del	Establecin	niento:			
Dirección y Loc	calidad:				
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario					
Ingreso y					
Egreso					
-	TR	ANSPORTIS	TA ANTERIOR		
Nombre del tran	nsporte:				
Motivo del camb	oio:				
		TRANSPOR			
Razón Social: _					
Titular del trans					
Nombre del Cho	•				
Vehículo en que	e se realizará	el traslado: _			
Dominio:					
Por la presente	se deja const	ancia del cor	nsentimiento de	traslado del t	itular:
Firma Titular o Responsable			Firma Transportista		
Aclaración			Aclaración		
DNI	euccrinto ti	ono carácti	DNI or do D oclarac	sión lurada	
<u>LO</u>	<u>อนอบาเมเบ เ</u> เ	tilt talatt	<u>er de Declarac</u>	<u>Juli Julaud</u>	

Ministerio de Salud de Córdoba Av. Vélez Sársfield 2311 (ex Complejo Pablo Pizzurno) Tel.: (0351) 468-8609/11/12/14 / mail: transportesincluirsaludcordoba@gmail.com