

CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad para la prestación de transporte para (Apellido y Nombre del Beneficiario)

.....

con DNI

Domicilio de Salida (Dirección del Beneficiario)

.....

Domicilio de Llegada (Dirección de Institución y/o Centro)

.....

Frecuencia: (diaria y/o semanal, según corresponda)

.....

Período de cobertura: (anual)

Desde: Hasta: Año:.....

Paciente o Responsable (aclarar vínculo)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Prestador:

Firma:

Aclaración:

Sello del Prestador