



CONSENTIMIENTO BILATERAL DE TRANSPORTE

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

(debe ser anterior al periodo solicitado)

Por medio de la presente se deja CONSENTIMIENTO a la prestación de transporte que:

(Razón Social ó nombre y apellido del Prestador)

Brinda a : _____ **D.N.I.:** _____ **N°de Afiliado:** _____

(Nombre y Apellido del Beneficiario)

Bajo la modalidad de transporte a: _____

(indicar destino y Prestación/Especialidad)

De acuerdo al siguiente cronograma.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario / De: A:						

En el periodo desde: _____ **Hasta:** _____ **Año:** _____

(indicar desde-hasta,mes y año)

Domicilio de Partida: _____

Domicilio de Destino: _____

Dependencia: **SI – NO** *(tachar lo que no corresponda)*

Cant.de Km por viaje: _____ **Cant.de viajes por día:** _____

Importe de Km (s/Nom.Nac): \$ _____

Importe diario: \$ _____ **Total valor Mensual:** \$ _____

PRESTADOR:

Firma

Sello

BENEFICIARIO o REPRESENTANTE:

Firma

Aclaración y D.N.I

Vínculo

Obra Social de Relojeros, Joyeros y Afines de Arg.

Valentin Gómez 3828.C1191AAV -CABA

Tel: 0800-333-3420 Directo:6073-8244/6073-3620

discapacidad01@osrja.org.ar