



# Discapacidad

## Planilla de asistencia de transporte por discapacidad

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

FACTURA N°.....PERIODO FACTURADO:.....

FECHA DE CONSULTA	TRASLADO		FIRMA PACIENTE/ TUTOR/ENCARGADO	ACLARACION
	DESDE	HASTA		

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....