



REGLAMENTACION DE COBERTURA TRANSPORTE SAID
ANEXO I

CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión:
Prestador:
Domicilio:
Teléfono:
Compañía de Seguros:
Mail de contacto:
Póliza N°:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario:
DNI:
Prestación a brindar Transporte Especial a:

Periodo:
(Tipo de prestación o institución)

Table with sections for 'IDA' and 'VUELTA', including columns for days (Lunes to Sábado), Horario, and Km. Includes a 'TOTALES KM DIARIOS' section and a 'Total Km. Mensuales' row.

Días mensuales (hasta)
Viajes mensuales (hasta)
dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI NO Adicional

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario:
DNI:

Firma y Aclaración Beneficiario o representante
LICENCIADA EN FISIOTERAPIA FLORENCIA
DISCAPACIDAD
APROSS

Dr. ROBERTO ANGARONI
MEDICO AUDITOR
APROSS

Firma y Aclaración del Transportador
WALTER VILLARRE
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

Firma y Aclaración del Beneficiario
CARLOS RICARTE
Presidente del Directorio
A.PRO.S.S.

0156118