Apross

# PLANILLA FACTURACION SISTEMA ATENCION INTEGRAL DISCAPACITADOS (SAID) Res 105-134/05
## DETALLE FACTURACION DE TRANSPORTE

TRANSPORTE: .....CÓDIGO PRESTADORES:.....

PERIODO: ...../.....

| Nombre y Apellido del afiliado | Domicilo Afiliado | Domicilio Institución | KM Día | KM Mes | Días de Asistencia | Importe Unitario | Importe Depend. | Importe Total | Código SVI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | IMPORTE TOTAL | | |

Es OBLIGATORIO adjuntar PLANILLA DE ASISTENCIA emitida por la Institución

.....
Firma y Sello Responsable Transporte