

Planilla de Asistencia Mensual Transporte
O.S.P.I.M.

Prestador:

Razón Social:

Domicilio:

Correo Electrónico:

Tel.:

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Nº Afiliado:

Prestación traslado a:.....

(Indicar Institución o Centro al que concurre)

Período: (mes y año).....

Origen:

Destino:

Km. por viaje:

Cantidad de viajes por día:

Km mensuales:

Cantidad de viajes por mes:

Dependencia:

SI

NO

.....
FIRMA PRESTADOR:

.....
FIRMA BENEFICIARIO O RESPONSABLE

.....
SELLO ACLARACION:

.....
ACLARACION

VINCULO..... DNI.....