

CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2026- TRANSPORTE

Fecha:.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:.....

Correo electrónico.....

Teléfono

Yo..... con Documento Tipo (.....) N.º, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación Transporte _____

Prestador: Emergencias _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:,

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N.º 19279 y sus modificatorias. La información proporcionada en la presente tiene carácter de declaración jurada

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de emisión:...../...../.....

Razón social del prestadores:.....

CUIT

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto

Teléfono

Beneficiario

DNI

Periodo desde:..... Hasta.....

DIAGRAMA DE TRASLADOS

viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino y prestación	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADOS

Viaje	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
1						
2						
3						

Total de km mensuales

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI-NO

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista.....