CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ...../...../.....
Apellido y nombre del beneficiario:
Número de Afiliado:
Yo con Documento Tipo (.....) Nº ....., doy mi conformidad al diagrama de traslados:

- Periodo de Prestación:
  desde: _____Hasta_____
- Periodo de Prestación:
  desde: _____Hasta_____
- Periodo de Prestación:
  desde: _____Hasta_____
- Periodo de Prestación:
  desde: _____Hasta_____

Firma: .....
Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

<table>
<tr><th>PRESTADOR</th><th>PACIENTE O RESPONSABLE</th></tr>
<tr><td>Firma</td><td>Firma</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aclaración</td><td>Aclaración</td></tr>
<tr><td>DNI</td></tr>
<tr><td>Sello de la institución</td><td>Vínculo</td></tr>
</table>

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley nº 19.279 y sus modificatorias la información proporcionada en el presente documento tiene carácter de declaración jurada