fO

 Form.009 A

****

**CONSENTIMIENTO BILATERAL DE TRANSPORTE**

 **Lugar y Fecha de Consentimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(debe ser anterior al periodo solicitado)***

 **Por medio de la presente se deja CONSENTIMIENTO a la prestación de transporte que:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Razón Social ó nombre y apellido del Prestador)*

**Brinda a :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D.N.I:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°de Afiliado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(Nombre y Apellido del Beneficiario)***

 **Bajo la modalidad de transporte a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(indicar destino y Prestación/Especialidad)***

**De acuerdo al siguiente cronograma.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábados |
| Horario / De: A: |  |  |  |  |  |  |

 **En el periodo desde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(indicar desde-hasta,mes y año)***

 Hoja 1

Avda. Jujuy 110 3 A y B (1083) C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321 E-MAIL jcg1129@hotmail.com

Form.009 B

****

 **Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicilio de Destino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Dependencia: SI – NO *(tachar lo que no corresponda)***

**Cant.de Km por viaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cant.de viajes por día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Importe de Km (s/Nom.Nac): $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Importe diario: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total valor Mensual: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **PRESTADOR:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma Sello**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **BENEFICIARIO o REPRESENTANTE:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma Aclaración y D.N.I Vínculo**

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321

Hoja 2