OSCTCP.
Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros
RNOS 1-2160-6
Moreno 3037-CABA
Tel:4011-5100 int 148

PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

PRESTADOR: _____
PRESTACION: _____
C.U.I.T. _____
FACTURA N°: _____

BENEFICIARIO: _____
DNI _____

MES/AÑO DE PRESTACION: _____

PRESTACION A LA QUE ASISTE: _____

FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR

FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR

Informo,en carácter de declaracion jurada, que la presente constancia de asistencia corresponde a los servicios prestados, cuya factura se acompaña.

FIRMA DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL _____

SELLO DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL _____

FIRMA DEL PRESTADOR TRANSPORTISTA: _____

SELLO DEL PRESTADOR TRANSPORTISTA: _____