

PLANILLA DE TRANSPORTE

A completar por el transportista que brindará la cobertura

DATOS DEL TRANSPORTISTA
Nombre y Apellido o Razón Social del transporte
Nro, de CUIT I CUIL
Tipo y Nro. De habilitación
Domicilio
Localidad
Teléfono

DATOS DEL AFILIADO
Apellido y Nombre del Afiliado
Nro. de Afiliado
Domicilio
Localidad
Teléfono

DATOS DE LA PRESTACION
Inicio del recorrido
Destino del recorrido
Kilómetros diarios
Kilómetros mensuales
Cantidad de viajes
Frecuencia semanal o mensual

Mediante la presente, accedo a brindar la cobertura de traslado a favor del afiliado arriba enunciado, declarando conocer la normativa y aranceles de IOMA para dicha prestación, sin percibir suma extra alguna fuera de los montos reconocidos por esta Obra Social.

Firma y aclaración del transportista titular