

**PRESENTACION DE COMPROBANTES PARA
LIQUIDACION DE REINTEGRO DE TRASLADOS POR DERIVACION
(GASTOS DE COMBUSTIBLE)
RES.41/16.-**

Tramite N° _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE: _____ **DNI N°** _____
DOMICILIO: _____ **LOCALIDAD:** _____
BENEFICIARIO: _____ **CEL.:** _____
CORREO ELECTRONICO: _____

Lugar y Fecha: Rawson: ___/___/___

Firma y DNI

DETALLE DEL COMPROBANTE:

IMPORTE \$

FACTURA/TICKET N° _____

**Recuerde adjuntar los comprobantes originales al presente trámite
y haber entregado en Secretaria de Auditoria Médica
la Constancia de Atención correspondiente a la derivación
por la cual presenta el reintegro.**

OBSERVACIONES: