



BENEFICIARIO:	DNI:	EDAD:	DOMICILIO:
---------------	------	-------	------------

CUADRO DE PRESTACIONES Nombre de prestación	DIRECCIÓN DE TRASLADO		DÍAS Y HORARIOS							
	Partida	Destino	Día	Días					Horarios	KM
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		
				L	M	M	J	V		

\*La autorización previa de OSUOMRA solo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. El presupuesto autorizado no implica un valor fijo mensual a facturar, sino un compromiso como contraprestación, que deberá estar respaldada por la documentación correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma prestador

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable a cargo