

ANEXO A

LIQUIDACIÓN DE GASTOS DE LOCOMOCIÓN- MENSUAL (Programa Compañía - Convenio SES-AFAL)

A RELLENAR POR EL PACIENTE:

D/D.ª :		- Teléfono de contacto:	
Con domicilio en :		- Dirección:	
y DNI nº:	e-mail:		
Hospital de Referencia (Extremadura):			
Hospital de Tratamiento (otra CC.AA):			
Localidad de Origen (domicilio paciente):			
Localidad de Destino (otra CC.AA):			
Mes de Desplazamiento:		Día/s de desplazamiento/s:	
Con el objeto de:			

Los gastos realizados han sido los siguientes:

A RELLENAR POR LA ASOCIACIÓN AFAL

MEDIO DE LOCOMOCIÓN:		
Nº Kilómetros recorridos por despl.:	€ por Desplazamiento:	
Kms.:	Coste Km: 0,15 €/Km.	Nº Desplazamientos:
IMPORTE TOTAL LOCOMOCIÓN: €		

IMPORTE TOTAL GASTOS (locomoción): €

En _____, a _____ de _____ de 2018.

RECIBÍ (firma del perceptor)

FIRMA PACIENTE O TUTOR SI ES MENOR CONFORME CON LA LIQUIDACIÓN PRACTICADA

(A.F.A.L.)

La presentación de este modelo ha de llevar aparejada la aportación de los documentos justificativos.

LIQUIDACIÓN EFECTUADA Y RELLENADA POR A.F.A.L.