



SOLICITUD VUELO SANITARIO

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE Y APELLIDO:	EDAD: SEXO:
OBRA SOCIAL:	# AFILIADO:
CIUDAD DE ORIGEN:	CIUDAD DESTINO:

ESTA INETRNADO EN:	
TELEFONOS:	MEDICO A CARGO:

DERIVADO: (CENTRO ASISTENCIAL)	
TELEFONOS:	MEDICO RECEPTOR:

EMPRESA ENCARGADA DEL TRANSLADO TERRESTRE DEL PACIENTE FUERA DE BS AS:

DATOS DEL CONTRATANTE	
EMPRESA:	NOMBRE DEL CONTACTO:
TELEFONOS:	MAIL:

DATOS DE FACTURACION	
RAZON SOCIAL:	CUIT:
DOMICILIO:	FACTURACION:
MAIL:	TELEFONO:

AVION CONTRATADO	
MATRICULA:	TIPO:

TOTAL PRESUPUESTO APROBADO:

FIRMA