



SOLICITUD DE TRASLADO

NRO: _____

Fecha ____ / ____ / ____

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELEFONO /CELULAR: _____ E-MAIL: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

DATOS DEL FALLECIDO

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____

LUGAR DE DEFUNCIÓN: _____ FECHA: _____

CAUSA DEFUNCIÓN: _____ TOMO/ACTA/AÑO: _____

DATOS DEL TRASLADO

DESDE: _____ HASTA: _____

KM IDA: _____ KM VUELTA: _____ HORA SALIDA: _____ HORA LLEGADA: _____

TIPO UNIDAD TRASLADO: _____

EL CADAVER SE TRASLADO EN (ataúd/camilla/ caja metálica/ ataúd de traslado): _____

PRECIO POR KM: \$ _____ COSTO TOTAL: \$ _____

DATOS DEL CHOFER

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____

DATOS DEL ASESOR

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____