

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario / CUIL

Datos de la Empresa de Transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social

Domicilio Teléfono

E-mail N° CUIT

Habilitación emitida por: Compañía de Seguros

Condición frente al IVA Prestación con Dependencia 35% Si No

Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar),
acompañado de su respectivo mapa.

IDA

Beneficiario se traslada a la prestación

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Período Desde Hasta Año

Km diarios Km semanales Km mensuales Precio por Km

VUELTA

Beneficiario se traslada a la prestación

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Período Desde Hasta Año

Km diarios Km semanales Km mensuales Precio por Km

Dependencia (35 %) sujeto a evaluación

Precio Total Mensual del Presupuesto

(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en \$

Firma, Aclaración y Sello
del responsable de la
Empresa Transportista/ Prestador