PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / / Razón

social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio departida	Domicilio dedestino	Km porviaje	Importediario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km:

Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista