## Anexo 1.5 - Presupuesto Transporte Especial

Fecha de Emisión:……../……../……..

Prestador: …… CUIT: ……..……..……

Domicilio: …….…… Teléfono: ……

Mail de contacto: ……..……..

Compañía de Seguros: ……. Póliza Nº: ……

Orden de emisión de cheque: ……..……...……..……...……...

Entidad Bancaria: ……..…... (CBU): ……...……...…….

Lugar de Pago (Delegación): ……..……..

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo ☐ Exento ☐

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Nº IIBB:……..…...…...…

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante:……. DNI:……

Prestación a brindar Transporte Especial a: ……..……..……

(Tipo de prestación o institución)

**Desde**: Mes……..……Año:…… **Hasta**: Mes……..……Año:……

**IDA:**

Desde: ……..…

Hasta: ……..……

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Horario | | | | | | |
| **Km ida** | | | | | | |

**VUELTA:**

Desde: ……

Hasta: ……..…..

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Horario | | | | | | |
| **Km vuelta** | | | | | | |

**TOTAL IDA + VUELTA POR DIA**

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Km Ida + Km Vuelta** | | | | | | |

**TOTAL Km. MENSUALES:……**

Días mensuales (hasta)…… Viajes mensuales (hasta)…… Monto por Km.:……

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si ☐ No ☐ Monto mensual:……

Apoyos……..

### Consentimiento

_____ _____

Firma y Aclaración Beneficiario o representante Firma y Aclaración del Transportista