PRESUPUESTO TRASLADO

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación	Se traslada a la prestación:
Nombre y apellido / Razón social:	
CUIT:	
E-mail:	Teléfono:
Compañia de seguros:	N° de Póliza:
Período:	Desde: Hasta: Año:
Dependencia SI: NO:	Apoyo que se brindará:
Km mensual total:	Valor Km: $ Monto mensual total:$

Viaje	Domicilio de Partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Horarios
1							
2							
3							

Firma y sello del/ prestador/a