Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

OSPIA

R.N.O.S. nº 1-01208

PRESUPUESTO TRANSPORTE — ÁREA DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Fecha de Emisión: _____

Razón Social del Prestador:

_____

CUIT: _____ **Teléfono:** _____

Mail de Contacto:

_____

Compañía de Seguros: _____ **Póliza N°:**

_____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario (Nombre y Apellido):

_____

DNI: _____

DETALLE DE LA PRESTACIÓN

Período: Desde: ____ / ____ / 2027 Hasta: ____ / ____ / 2027

DIAGRAMA DE TRASLADO

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					
4					
5					

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						
5						

VALORACIÓN PRESTACIONAL DE TRANSPORTE

Total Km. Mensuales: _____

Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación): [ ] SÍ [ ] NO

Valor del KM: $ _____ **Monto Mensual: $** _____

Fecha de Autorización: ____ / ____ / 2027

_____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA