CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0015

2027

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Prestador

Razón Social .....

Domicilio ..... Localidad/Provincia .....

Email de contacto ..... Teléfono

Compañía de Seguros ..... Póliza N°

Orden de emisión de cheque .....

Entidad Bancaria ..... CBU

Condición frente a IVA Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐ CUIT N°

Condición frente a Ingresos Brutos Inscripto Multilat. ☐ Exento ☐ IIBB N°

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

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

Prestación a brindar Transporte Especial a .....
(Tipo de prestación o institución)

Período Desde Hasta Año 2027

Cronograma de traslados

IDA

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											
Km Ida											

VUELTA

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											
Km Vuelta											

Km totales diarios

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Km ida + Km vuelta					

Total km Mensuales Días mensuales (hasta) Viajes mensuales (hasta)

Monto por Km Monto Mensual ($) Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si ☐ No ☐

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