PRESUPUESTO TRANSPORTE Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:_____CUIT: _____

Mail de contacto (LEGIBLE):_____Teléfono:

Compañía de Seguros:_____PólizaN°:

Beneficiario:_____DNI:

Período: desde:_____hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	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: _____

Adicionaldependencia35%(Sujeto a evaluación):Sí-No

Valor del km: .....

Monto mensual:..... Firma y Aclaración del Transportista:

CONFORMIDADTRANSPORTE

Fecha:…../……/……..
Apellido y nombre del beneficiario:..... **Número de Afiliado/DNI:** .....

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº .....,doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período :desde .....hasta.....

Firma:.....Aclaración: .....

SIELFIRMANTENOESLA PERSONACONDISCAPACIDAD,COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre

de.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento: _____