PRESUPUESTO PRESTACIONAL TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

DNI: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Prestador (Razón social): _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°.: _____ Vto.: _____

DIAGRAMA DE TRASLADOS:

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	PRESTACIÓN A LA QUE ASISTE	KM. POR TRAMO	KM. MENSUALES	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1							
2							
3							
4							

CRONOGRAMA DE HORARIOS: (Completar los días y el horario que correspondan)

VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1					
2					
3					
4					

Si realizara más de cuatro (4) traslados, por favor utilizar una segunda hoja.

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____

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

En caso de solicitar dependencia indicar los apoyos específicos que se brindaran: _____

_____

Total Kms. mensuales: _____ Valor por km.: $ _____ Monto mensual: $ _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador