

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE - DISCAPACIDAD

Lugar de emisión y fecha: _____

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio: _____ Teléfono () _____

Email: _____ N° CUIT: _____

Habilitación emitida por: _____ Compañía de Seguros: _____

Condición frente al IVA: _____ Prestación con Dependencia: SI _____ NO _____

TRASLADOS A: _____

Período: Desde _____ hasta _____ año 20 _____

RECORRIDO: Por cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa.

VIAJE IDA/VUELTA

PARTIDA	N°	DESTINO	N°	LOCALIDAD
DESDE CALLE:		HASTA CALLE:		

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

LUNES (Hora)	MARTES (Hora)	MIÉRCOLES (Hora)	JUEVES (Hora)	VIERNES (Hora)	OBSERVACIONES

DÍA	KM/IDA Y VUELTA DIARIO	KM SEMANALES	KM MENSUALES	PRECIO POR (\$) /KM (Resolución conjunta ____/20 ____)	PRECIO POR (\$) /KM IDA Y VUELTA DIARIO	PRECIO TOTAL MENSUAL DEL PRESUPUESTO (\$)

Firma Responsable del Transporte

Aclaración