



Presupuesto de Transporte

Discapacidad 2025

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión

Fecha:/...../.....

Datos del afiliado beneficiario:

Nombre y Apellido:.....

DNI:

Datos de la empresa de transporte :

Nombre y apellido/ Razon Social:

Domicilio:

Telefono:

Email:

N°CUIT:

Compañía de Seguros:

Poliza N°:

Periodo: desde Hasta 2025

Adicional dependencia: SI / NO

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Km mensuales	Viajes mensuales	Importe mensual
1						
2						
3						
4						

Recorrido: Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje minimo según Google Maps, acompañado de su respectivo mapa

Cronograma de traslado: (marcar con una cruz los dias de traslado)

Viaje	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
1						
2						
3						
4						

Circule el que corresponda

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 dias de brindado el servicio: SI / NO

Firma, aclaracion y sello del responsable de la empresa transportista / prestador

Consentimiento:

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente

al beneficiario: DNI:

Firma y Aclaración Beneficiario o representante