

Presupuesto de Transporte

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

1 - Datos del afiliado:

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ CUIL: _____

2 - Datos de la empresa de Transporte:

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ CUIT: _____

Email: _____

Habilitación emitida por: _____ Compañía de Seguros: _____

3 - Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

4 - Viaje Ida Beneficiario se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Horario					

5 - Viaje Vuelta

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Horario					

Periodo Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km: _____
(Solo números enteros) (Solo números enteros)

Prestación con Dependencia: Si: ____ No: ____

Precio Total Mensual
del Presupuesto

Firma, aclaración y sello del Responsable
de la empresa Transportista/Prestador