

PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

Datos del AFILIADO-Completar todos los campos del formulario

Lugar de emision:

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Prest. Con Depenendencia:

SI

NO

Datos del PRESTADOR-Completar todos los campos del formulario

Nombre y Apellido / Razon Social:

CUIT

Domicilio:

Localidad:

E-Mail:

Telefono

Habilitación /Dominio:

Vencimiento:

Compañía de Seguros:

Vencimiento:

Recorrido

El beneficiario se traslada a la prestacion:.....

Desde calle:..... N°:..... Localidad:

Hasta calle:..... N°:..... Localidad:

Dias	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabados
Hoiarios						

Precio por KM \$:

Cantidad de viajes diarios:	
Cantidad de Viajes mensuales:	
Cantidad de Km Diarios:	Importe diario\$
Total KM mensuales	Importe Mensual \$
Dependencia 35% \$	
Importe Total Mensual del Presupuesto \$	

Peridio Desde:

Hasta:

Año

Firma del Transportista

Aclaracion

DNI

Sello