

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de emisión: ____/____/____

Razón social del Prestador: _____

CUIT: _____

Correo electrónico: _____ Tel. contacto: _____

Compañía de seguros: _____ Póliza Nro. _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo, desde: _____ hasta: _____

DIAGRAMA DE TRASLADOS:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO: marcar con una x los días de traslados.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total, Km Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI / NO

Valor del Km: _____ Monto Mensual: _____

Firma y aclaración del transportista.

CONFORMIDAD TRANSPORTE:

Fecha: : ____/____/____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Nro. De Beneficiario: _____ Nro. DNI: _____

Yo _____ con documento tipo (_____) Nro.

_____ doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período desde:

_____ hasta: _____

Firma: _____ Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____

Nro. De DNI: _____