

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio Localidad/Provincia

Email de contacto Teléfono

Compañía de Seguros Póliza N°

Orden de emisión de cheque

Entidad Bancaria CBU

Condición frente a IVA *Inscripto Monotributo* *Exento* CUIT N°

Condición frente a Ingresos Brutos *Inscripto Multilat.* *Exento* IIBB N°

Tomo conocimiento que la falta de algunos de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Prestación a brindar Transporte Especial a
(Tipo de prestación o institución)

Período Desde Hasta Año

Cronograma de traslados

IDA Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Km Ida

VUELTA Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Km Vuelta

Km totales diarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Km ida + Km vuelta

Total km Mensuales Días mensuales (hasta) Viajes mensuales (hasta)

Monto por Km Monto Mensual (\$) Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si No

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista/ Prestador