

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Por favor completar esta planilla con letra mayúscula, en forma clara, sin tachaduras ni enmiendas. Deberá adjuntar: Mapa de Google Maps, fotocopia de habilitación Municipal y/o Provincial vigente para el período solicitado, de Licencia de Conducir y de los datos del seguro (póliza).

LUGAR: **FECHA:**/...../.....

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRES:

Nº D.N.I.:

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE:

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO: TEL:

E-MAIL: Nº C.U.I.T.:

HABILITACIÓN EMITIDA POR: COMPAÑÍA DE SEGURO:

CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A.: PRESTACIÓN CON DEPENDENCIA SI - NO

RECORRIDO:

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

VIAJE IDA

BENEFICIARIO SE TRASLADA A PRESTACIÓN:

DESDE CALLE: Nº LOCALIDAD:

HASTA CALLE: Nº LOCALIDAD:

DÍAS:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS:						

VIAJE VUELTA

BENEFICIARIO SE TRASLADA A PRESTACIÓN:

DESDE CALLE: Nº LOCALIDAD:

HASTA CALLE: Nº LOCALIDAD:

DÍAS:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS:						

PERIODO:

DESDE:HASTA: AÑO:

KM DIARIOS: KM SEMANALES: KM MENSUALES: PRECIO POR KM:

PRECIO DE VIAJE DIARIO (IDA Y VUELTA): \$.....

PRECIO TOTAL MENSUAL DEL PRESUPUESTO: \$:Sumatoria de los precios de los distintos traslados.

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

.....

SELLO

SE RECUERDA: NO SE ABONARÁN PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS

RESERVADO PARA SUMA:

RECEPCIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

AUTORIZACIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

ACLARACIONES:

.....

.....

.....

CARGA A SISTEMA: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

