



## Presupuesto de Transporte

Completar todos los campos del formulario

## Discapacidad 2026

Lugar de emisión ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Datos del afiliado beneficiario:

Nombre y Apellido:..... DNI: .....

Datos de la empresa de transporte :

Nombre y apellido/ Razon Social: .....

Domicilio: ..... Telefono: .....

Email: ..... N°CUIT: .....

Compañía de Seguros: ..... Poliza N°: .....

**Periodo: desde ..... Hasta ..... 2026**

**Adicional dependencia: SI / NO**

**Diagrama de traslado (con domicilio indicar prestacion destino ej. Psicologia):**

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Km mensuales	Viajes mensuales	Importe mensual
1						
2						
3						
4						

**Recorrido:** Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps, acompañado de su respectivo mapa

**Cronograma de traslado:** (marcar con una cruz los días de traslado)

Viaje	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
1						
2						
3						
4						

Circule el que corresponda

**Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 días de brindado el servicio: SI / NO**

**Se encuentra de acuerdo en que recomendemos su servicio, brindando su contacto : SI/ NO**

Firma, aclaracion y sello  
del responsable de la empresa  
transportista / prestador

**Consentimiento:**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente

al beneficiario: ..... DNI: .....

Firma y Aclaración Beneficiario o representante