



## Presupuesto de Transporte

Discapacidad 2026

Completar todos los campos del formulario

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. Psicología):

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 minimo según Google Maps, acompañado de su respectivo mapa

**Cronograma de traslado:** (marcar con una cruz los dias 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 dias 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