Presupuesto de Transporte — Discapacidad 2027

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/ Razón Social: ……

Domicilio: …… Teléfono: ……

Email: …… NºCUIT: ……

Compañía de Seguros: …… Póliza Nº: ……

Periodo: desde …… Hasta …… 2027 **Adicional dependencia: SI / NO**

Diagrama de traslado (con domicilio indicar prestación 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 días de traslado)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
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