

# 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 Obra Social .....

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