



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: _____

(debe ser anterior al periodo presupuestado)

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ D.N.I: _____ Edad: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Razón social del Prestador: _____ C.U.I.L/ C.U.I.T: _____

Condición frente al I.V.A: _____ IIBB Nº: _____ Teléfono : _____

Domicilio: _____ Mail: _____

Prestación: TRANSPORTE Prestación a la que asiste: _____

Domicilio de Partida: _____

Domicilio de Destino: _____

Periodo Prestacional : Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

(indicar desde-hasta,mes y año)

Cant.de Km x viaje: _____ Cant.de Km x día: _____ Cant.de Km.Mensual: _____

Valor Km (s/Nom.Nac.): \$ _____ Total valor Mensual:\$ _____

Dependencia*: SI – NO *(tachar lo que no corresponda)*

*(*en el caso de corresponder debe adjuntarse Tabla FIM)*

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horarios (desde-hasta) / Prestación						

Firma y sello del Prestador