

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: __ / __ /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario:

DNI:

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje (ida y vuelta)	Km mensuales	Importe diario (ida y vuelta)	Importe mensual
01						
02						
03						

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
01						
02						
03						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí No

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y aclaración del transportista: _____