

MODELO DE PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

FECHA DE EMISION:

APELLIDO Y NOMBRE DE BENEFICIARIO:

N° DE AFILIADO:D.N.I.N°

PRESTACION/ESPECIALIDAD: TRANSPORTE

PERIODO DESDE:.....HASTA.....

DESDE DOMICILIO:

HASTA DOMICILIO:

PRESTACION A LA ASISTE:

CANTIDAD DE: KILOMETROS POR VIAJE:

KILOMETROS DIARIOS:

KILOMETROS MENSUALES:

VALOR KILOMETRO \$:

TOTAL VALOR MENSUALS:

TOTAL VALOR CON DEPENDENCIAS: SI.....NO

PRESTADOR:

DOMICILIO:

TELEFONO:

MAIL:

N°DE CUIT:N° DE INGRESOS BRUTOS

CONDICION FRENTE AL IVA:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: MARCAR CON X LOS DIAS QUE CORRESPONDAN

HORARIO DESDE: HASTA

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

FIRMA : ACLARACION: