

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Afiliado: _____ N° de Afiliado: _____

Empresa: _____ N° de Cuit: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Compañía de Seguros: _____ N° de Póliza: _____

Destino 1 - Prestación _____ desde: ____/____/26 hasta: ____/____/26

Dirección de partida _____

Dirección de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM reales por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar: Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 2 - Prestación _____ desde: ____/____/26 hasta: ____/____/26

Dirección de partida _____

Dirección de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM reales por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar: Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 3 - Prestación _____ desde: ____/____/26 hasta: ____/____/26

Dirección de partida _____

Dirección de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM reales por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar: Ida Vuelta Ida y vuelta

Adicional por dependencia **SI** **NO** Valor por dependencia _____

Adicional por Plus Patagónico **SI** **NO** Valor por Plus Patag. _____

Total mensual en km de todos los trayectos _____

Total mensual en pesos de todos los trayectos _____

En caso de requerir Dependencia, especificar Apoyos que se brindarán: _____

Firma y sello Transportista

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al diagrama de traslado precedente:

Firma y aclaración - Afiliado - Parentesco