

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Afiliado: N° de Afiliado:
Empresa: N° de CUIT:
Domicilio: Teléfono:

Destino 1 – Prestación Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

Domicilio de partida
Domicilio de llegada
Cantidad de viajes semanales Cantidad de viajes mensuales
Cantidad de km por viaje Cantidad de km mensuales
Días y horarios
.....
Precio por km Precio por km mensuales
Marcar Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 2 – Prestación Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

Domicilio de partida
Domicilio de llegada
Cantidad de viajes semanales Cantidad de viajes mensuales
Cantidad de km por viaje Cantidad de km mensuales
Días y horarios
.....
Precio por km Precio por km mensuales
Marcar Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 3 – Prestación Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

Domicilio de partida
Domicilio de llegada
Cantidad de viajes semanales Cantidad de viajes mensuales
Cantidad de km por viaje Cantidad de km mensuales
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 Patag. 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