

Presupuesto de transporte por destino (Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° CUIL
-------------------	---------

Datos de la empresa de transporte

Nombre y Apellido / Razón Social					
Domicilio		Teléfono ()			
Email		N° CUIT			
Habilitación emitida por		Compañía de Seguros	Póliza N°		
N° de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros	CBU	Banco			
Condición frente a:	IVA:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Monotributo <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>	Número
	Ing. Brutos:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Conv. Multilat. <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>	
Prestación con dependencia 35%					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Tomo conocimiento de que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Dependencia (35%) sujeto a evaluación	Precio total mensual del presupuesto (sumatoria de los precios de los distintos traslados) \$
---------------------------------------	---

En caso de requerir dependencia: detallar de los apoyos específicos que se brindan durante el traslado

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del responsable de la Empresa Transportista / Prestador. (Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)	Firma padre/madre/tutor (Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)
Aclaración	Aclaración

Presupuesto de transporte por destino (continuación)

IDA Se traslada a la prestación (Ej: Kinesiología) _____

Calle Desde	Número	Localidad				
Calle Hasta	Número	Localidad				
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						
Período Desde	Hasta	Año	Km diarios	Km semanales	Km mensuales	Precio por Km \$

VUELTA Beneficiario se traslada a la prestación _____

Calle Desde	Número	Localidad				
Calle Hasta	Número	Localidad				
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						
Período Desde	Hasta	Año	Km diarios	Km semanales	Km mensuales	Precio por Km \$

IDA Beneficiario se traslada a la prestación _____

Calle Desde	Número	Localidad				
Calle Hasta	Número	Localidad				
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						
Período Desde	Hasta	Año	Km diarios	Km semanales	Km mensuales	Precio por Km \$

VUELTA Beneficiario se traslada a la prestación _____

Calle Desde	Número	Localidad				
Calle Hasta	Número	Localidad				
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						
Período Desde	Hasta	Año	Km diarios	Km semanales	Km mensuales	Precio por Km \$

Firma y sello del responsable de la Empresa Transportista / Prestador.
(Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)

Firma padre/madre/tutor
(Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes)

Aclaración

Aclaración