

## 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	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) \$
---------------------------------------	---

Firma y sello del responsable de la Empresa Transportista / Prestador	Aclaración
---	------------

### Recorrido

Completa en la siguiente hoja del formulario los datos de cada recorrido.

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps ([www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar)), acompañado de su respectivo mapa.

Debe completar tantas hojas como corresponda (dos por cada hoja).

## Presupuesto de transporte por destino (continuación)

### 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 \$
------------------	-------	-----	------------	--------------	--------------	---------------------

### 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 \$
------------------	-------	-----	------------	--------------	--------------	---------------------