

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad.

DISCAPACIDAD 011

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del Prestador

Razón social _____

Domicilio _____ Localidad/Provincia _____

Email de contacto _____ Teléfono _____

Compañía de seguros _____ Póliza N° _____

Orden de emisión de cheque _____

Entidad bancaria _____ CBU _____

Condición frente a IVA Inscripto Monotributo Exento CUIT N° _____

Condición frente a Ingresos Brutos Inscripto Multilat. Exento IIBB N° _____

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

Datos del Afiliado

Nombre y apellido _____ N° DNI _____

Prestación a brindar Transporte Especial a _____
(Tipo de prestación o institución)

Período del ciclo lectivo Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cronograma de traslados

IDA

Desde Calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta Calle _____ N° _____ Localidad _____

lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Horarios _____

Km Ida _____

VUELTA

Desde Calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta Calle _____ N° _____ Localidad _____

lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Horarios _____

Km Vuelta _____

Km totales diarios

Km ida + Km vuelta

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Total de km mensuales _____ Días mensuales (hasta) _____ Viajes mensuales (hasta) _____

Monto por km _____ Monto mensual (\$) _____ Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si No

Firma, aclaración y sello del
responsable de la
Empresa Transportista/Prestador