



**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE DISCAPACIDAD ANEXO 8**

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO

LUGAR DE EMISION: .....

**DATOS DEL AFILIADO**

NOMBRE Y APELLIDO: ..... N° DNI .....

**DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE**

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL .....

DOMICILIO ..... TELÉFONO .....

EMAIL ..... CUIT N° .....

HABILITACION EMITIDA POR ..... COMPAÑÍA DE SEGUROS .....

CONDICION FRENTE AL IVA ..... PRESTACION CON DEPENDENCIA SI  NO

**RECORRIDO**

PARA CADA RECORRIDO DEBERA INDICAR EL KILOMETRAJE MINIMO SEGÚN GOOGLE MAPS

( [www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar) )

**VIAJE IDA**

BENEFICIARIO DE TRASLADA A LA PRESTACIÓN .....

DESDE CALLE..... N° ..... LOCALIDAD .....

HASTA CALLE..... N° ..... LOCALIDAD .....

Días	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Horarios						

**VIAJE VUELTA**

DESDE CALLE..... N° ..... LOCALIDAD .....

HASTA CALLE..... N° ..... LOCALIDAD .....

Días	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Horarios						

**PERIODO** DESDE ..... HASTA ..... AÑO .....

KM DIARIOS ..... KM SEMANALES ..... KM MENSUALES ..... PRECIO POR KM \$ .....

PRECIO DE VIAJE DIARIO (IDA Y VUELTA) \$ .....

PRECIO TOTAL MENSUAL DEL PRESUPUESTO (SUMATORIA DE LOS PRECIOS TRASLADOS) \$ .....

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA EMPRESA TRANSPORTISTA PRESTADOR

**Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093**

**MECANISMO DE INTEGRACION: [carolinaojeda.oscraia@gmail.com](mailto:carolinaojeda.oscraia@gmail.com)**

**FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: [oscraia.caba@gmail.com](mailto:oscraia.caba@gmail.com)**