

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2025

FECHA: ____ / ____ / ____

Debe ser POSTERIOR al pedido medico

DATOS DEL ASOCIADO:

Apellido y Nombre: _____
Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE:

Apellido y Nombre o Razón Social: _____
CUIT: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro, Póliza número: _____

RECORRIDO:

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa. Indicar con una cruz si corresponde Ida y Regreso o solo uno de los trayectos.

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

RECORRIDO 1 Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

	Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
IDA							
REGRESO							

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

RECORRIDO 2 Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

	Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
IDA							
REGRESO							

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

RECORRIDO 3 Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

	Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
IDA							
REGRESO							

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2025

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

RECORRIDO 4 Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

IDA	REGRESO	Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

RECORRIDO 5 Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

IDA	REGRESO	Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

Período: Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

PRESTACIÓN CON DEPENDENCIA: (marcar con una X en caso de corresponder)

CANTIDAD DE KILOMETROS TOTALES MENSUAL: _____

ES MONTO TOTAL MENSUAL: \$ _____

CAMPO OBLIGATORIO:

EN CASO DE CORRESPONDER DEPENDENCIA EL PRESTADOR DEBE ACLARAR EL TIPO DE APOYATURA BRINDADA AL AFILIADO:

 FIRMA DEL TRANSPORTISTA

 SELLO-ACLARACION