PRESUPUESTO TRANSPORTE 2027 Fecha de emisión:

Razón social del **PRESTADOR**:

CUIT:

Mail de contacto: Teléfono (indicar prefijo):

Compañía de Seguros: Póliza Nº:

Apellido y nombre **DEL BENEFICIARIO**:

DNI del Beneficiario: Teléfono:

Período desde: hasta:

Valor del Km: Dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Diagrama de traslado:

Viaje	Prestación	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. Diario porviaje (ida y vuelta)	Km. Mensual por viaje (ida y vuelta)	Importe diario	Importe mensual
1							
2							
3							
4							
5							

Km Totales: **Importe Total:**

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						
5						

Firma y Aclaración del Transportista