

**FECHA DE EMISIÓN:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación*

**Anexo XI**  
**PRESUPUESTO TRANSPORTE**

**Datos del afiliado**

Nombre y apellido: .....

DNI: .....

**Datos del prestador**

Prestador: .....

Domicilio: .....

CUIT: .....

Teléfono: ..... Mail: .....

**Domicilio de origen:** .....

*Indicar si corresponde a domicilio particular, institución o tratamiento.*

**Domicilio de destino:** .....

*Indicar si corresponde a domicilio particular, institución o tratamiento.*

Ida y vuelta (marcar según corresponda): SI  NO

Kilómetros por día: ..... Kilómetros por semana: .....

Dependencia: ..... Periodo prestacional: .....

Monto mensual: .....

**Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.**

.....

Firma y sello del responsable