

PRESUPUESTO – TRANSPORTE (FORMULARIO 9)

Fecha de emisión: ___/___/___

DATOS DEL PRESTADOR:

Prestador: _____

Número de CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Compañía de seguros: _____ Póliza N°: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

Edad: _____

VIAJES:

1- DOMICILIO DE ORIGEN: _____

DOMICILIO DE DESTINO: _____

Ida y vuelta: (marcar según corresponda)

Total de kilómetros diarios: _____ Total de kilómetros al mes: _____

PERIODO PRESTACIONAL: DESDE _____ HASTA _____

2- DOMICILIO DE ORIGEN: _____

DOMICILIO DE DESTINO: _____

Ida y vuelta: (marcar según corresponda)

Total de kilómetros diarios: _____ Total de kilómetros al mes: _____

PERIODO PRESTACIONAL: DESDE _____ HASTA _____