

OBRA SOCIAL CERAMISTA

Doblas 629-CABA – TEL : 4921-0906

Email: discapacidad@osce.com.ar

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: _____ / _____ / _____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____

Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____ Adicional dependencia

35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista