

**PRESUPUESTO - CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTE**

**CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS  
ESPACIOS HASTA EL CONSENTIMIENTO DEBEN RESPETAR MISMA TINTA Y LETRA**

(Fecha anterior al periodo solicitado y localidad de emisión del presente presupuesto)

Razón social del prestador ..... CUIT ..... - ..... Teléfono de contacto ( ..... ) ..... - ..... Mail de contacto ..... Compañía de seguros.....Póliza N° ..... Domicilio de atención ..... Localidad/Provincia .....
Nombre y Apellido del beneficiario ..... DNI ..... N° de afiliado/CUIL ..... - .....

**TRASLADO**

{ } Con { } Sin dependencia (35%) Valor del KM sin dependencia \$ ..... Valor total del KM \$ ....

Domicilio de partida .....

Domicilio de destino .....

Prestación del destino .....

KM diarios ..... Importe diario hasta \$ .....

KM mensuales ..... Importe mensual hasta \$ .....

Período desde ..... hasta ..... año .....

CRONOGRAMA (Marcar con una X los días de traslado según corresponda)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

.....  
**Firma y sello del transporte**

.....  
**Aclaración**

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito

precedentemente al beneficiario .....

DNI ..... N° de afiliado/CUIL ..... - .....

Firma ..... Aclaración .....

Vínculo con el afiliado .....

DNI del firmante .....

Lugar y fecha de firma del consentimiento .....