

FORMULARIO 11.4

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Prestación a brindar: _____

Fecha de Emisión: ___ / ___ / ___

Razón social del prestador/a: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

E-MAIL: _____ Teléfono: _____

Apellido y nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Km. Diarios: _____ Km mensual: _____

Período: Desde: ___ / ___ / ___ Hasta: ___ / ___ / ___

Monto por Km: _____

Monto Mensual: _____

Dependencia: Sí No (Adjuntar FIM)

Lugar de partida: _____

Lugar de destino: _____

*Adjuntar datos bancarios (CBU)

DIAGRAMA DE TRASLADO:

VIAJE	DOMICILIO DEPARTIDA	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						

Firma del prestador/a: _____ Aclaración: _____ Sello: _____