OSEIV
Obra Social Empleados de la Industria del Vidrio

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					
4					

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí [ ] - No [ ]

Valor del km: _____ Monto mensual: _____

Total Km. Mensuales: _____

Firma y Aclaración del Transportista: _____