



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Lugar:

Fecha: / / (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

A quien corresponda:

Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

De:

Empresa:

Domicilio:

Teléfono: e-mail:

Número de CUIT:

Compañía de Seguro: Póliza N°:

Para:

Nombre y apellido:

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC DNI LE PAS N°

Edad:

Viajes:

1. Lugar de Salida: (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de salida:

Lugar de Llegada: (Marcar lo que corresponda)

Domicilio Particular:

Colegio / Institución: (Detallar nombre)

Tratamiento: (Especificar cuál)

Otros: (Indicar cuál)

Dirección de llegada:

Ida y Vuelta: (Marcar si corresponde)

Km por día: Km por mes:

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Total Km diarios: Total Km por mes:

Dependencia: Total del presupuesto:

Período:



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

2. Lugar de Salida: (Marcar lo que corresponda)

- Domicilio Particular:
- Colegio / Institución: (Detallar nombre)
- Tratamiento: (Especificar cuál)
- Otros: (Indicar cuál)

Dirección de salida:

Lugar de Llegada: (Marcar lo que corresponda)

- Domicilio Particular:
- Colegio / Institución: (Detallar nombre)
- Tratamiento: (Especificar cuál)
- Otros: (Indicar cuál)

Dirección de llegada:

Ida y Vuelta: (Marcar si corresponde)

Km por día: Km por mes:

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Total Km diarios: Total Km por mes:

Dependencia: Total del presupuesto (*):

Período:

3. Lugar de Salida: (Marcar lo que corresponda)

- Domicilio Particular:
- Colegio / Institución: (Detallar nombre)
- Tratamiento: (Especificar cuál)
- Otros: (Indicar cuál)

Dirección de salida:

Lugar de Llegada: (Marcar lo que corresponda)

- Domicilio Particular:
- Colegio / Institución: (Detallar nombre)
- Tratamiento: (Especificar cuál)
- Otros: (Indicar cuál)

Dirección de llegada:

Ida y Vuelta: (Marcar si corresponde)

Km por día: Km por mes:

Frecuencia: (Marcar lo que corresponda)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Total Km diarios: Total Km por mes:

Dependencia: Total del presupuesto:

Período:



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Valores totales:

Km totales mensuales:

Dependencia:

Monto total mensual (*):

(* Los valores reconocidos serán los estipulados por el nomenclador nacional vigente.

Período:

.....
Firma del Responsable

.....
Aclaración

Dejo constancia de que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones.

Conformidad

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario:

DNI:

.....
Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI firmante:

Lugar y fecha:

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.