

ANEXO 7: Formulario a ser completado por el prestador y beneficiario o responsable del mismo en caso de ser menor. (1 PLANILLA POR PRESTACIÓN)

PRESUPUESTO TRASLADO

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:
DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN - Se traslada a la prestación de:

.....
Viajes ida:

Desde domicilio	
Hasta domicilio	

Viajes vuelta

Desde domicilio	
Hasta domicilio	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Período	Año	
Km. diarios	Km. mensuales	Valor por Km.
Dependencia	Si :	No:
Valor por viaje diario:	Monto mensual:	

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio:	
Habilitación emitida por:	Compañía de seguros:

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO RESPONSABLE INSTITUCIÓN

CONSENTIMIENTO POR PRESTACIÓN

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario: DNI:
.....

.....
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE, ACLARACIÓN Y DNI