

**ANEXO VII**  
**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE – DISCAPACIDAD - 2017**

Lugar y Fecha: .....

Apellido y Nombre del Afiliado ..... D.N.I: .....

Empresa de Transporte: .....

Domicilio: ..... Teléf: .....

E mail: .....

Nº CUIT ..... Condición frente al IVA : .....

Compañía de Seguros: .....

Prestación con Dependencia SI  NO

**RECORRIDO 1:**

Beneficiario se traslada a la prestación: .....

Desde calle ..... Nº ..... Localidad.....

Hasta calle..... Nº ..... Localidad.....

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Recorrido de VUELTA:

Desde calle ..... Nº ..... Localidad.....

Hasta calle..... Nº ..... Localidad.....

Período: Desde..... Hasta..... de **2017**

KM diarios Ida y Vuelta ..... KM semanales ida y vuelta: .....

KM mensuales ida y vuelta ..... Precio por KM.: \$ .....

**RECORRIDO 2:**

Beneficiario se traslada a la prestación: .....

Desde calle ..... Nº ..... Localidad.....

Hasta calle..... Nº ..... Localidad.....

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Recorrido de VUELTA:

Desde calle ..... Nº ..... Localidad.....

Hasta calle..... Nº..... Localidad.....

Período: Desde..... Hasta..... De **2017**

KM diarios Ida y Vuelta..... KM semanales ida y vuelta: .....

KM mensuales ida y vuelta..... Precio por KM.: \$.....

KM totales mensuales (sumatoria de los distintos traslados) .....

Precio Total Mensual del Presupuesto (sumatoria de los distintos de los traslados) \$ .....

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Responsable del transporte