

PRESUPUESTO TRANSPORTE.

Fecha de emisión://

Razón social del prestador:

C.U.I.T.:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros:Póliza Nº:

Beneficiario:D.N.I.:

Período: desde:hasta:

Diagrama de traslados.

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslados.: Marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Valor del Km:

Total Km. mensuales.....

Adicional dependencia 35 %: SI - NO

Firma y aclaración del transportista: