



ANEXO 11.4 - PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE -

Fecha de emisión: _____

Prestador: _____ CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ Mail de contacto: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Entidad Bancaria: _____ Sucursal: _____

CBU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Condición frente a IVA: Inscripto: ☐ Monotributo: ☐

Exento Cond. frente a Ing. Brutos: ☐ Insc. Conv. Multilat. Exento N° IIBB: _____

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Datos del Beneficiario

Beneficiario Causante: _____ DNI: _____

Período de prestación: _____ AÑO: _____

Prestación a la que concurre: _____

IDA

Domicio de origen: _____ Partido: _____

Domicio destino: _____ Partido: _____

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					
KMS IDA					

VUELTA

Domicio de origen: _____ Partido: _____

Domicio destino: _____ Partido: _____

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					
KMS IDA					

KM diarios totales: _____ KM mensuales: _____