



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE DISCAPACIDAD
POR DESTINO

DATOS DEL PRESTADOR

RAZON SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

EMAIL: _____

TELEFONO: _____

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

TIPO DE PRESTACION SOLICITADA: _____

DATOS DEL TRASLADO:

DESDE: _____

LOCALIDAD: _____

HASTA: _____

LOCALIDAD: _____

DIAS Y HORARIOS: _____

KM IDA + KM VUELTA: _____

KM MENSUALES: _____

VALOR DEL KM: _____

DEPENDENCIA:

SI:	NO:
-----	-----