OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO IX - MODELO DE PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha de emisión: ……..…….

Nombre y apellido del beneficiario:……..

D.N.I.: ……

Prestación / especialidad: **TRANSPORTE**

Desde domicilio:……

Hasta domicilio:……...

Prestación a la que asiste:……

Período de Prestación:……

Cantidad de: Kilómetros por viaje:……
Kilómetros diarios:……...
Kilómetros mensuales:……...

Valor kilómetro: $.....

Total valor mensual: $.....

Total valor mensual con dependencia: $.....

Prestador:……

Domicilio legal: ……

Teléfono y casilla de correo:……..

N º CUIT:…… N º Ing. Brutos:……

Condición frente al IVA: ……..

Compañía de Seguros:..... Póliza Nro.:.....

Cronograma de asistencia: marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Horario Lunes de hs……..hasta hs…….
Horario Martes de hs……..hasta hs…….
Horario Miércoles de hs……hasta hs…….
Horario Jueves de hs……hasta hs…….
Horario Viernes de hs……hasta hs…….
Horario Sábado de hs……hasta hs…….

…… ……
Firma Transportista Firma PcD/Familiar Responsable/Tutor

…… ……
Aclaración Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.