**ANEXO 4**

**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: ….………………………………………………………………..……………………………….

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ………………………………………………..DNI Nº: ……………………

PRESTACIÓN A BRINDAR: …………………………………………………………………………..……………………………….

PERÍODO: DESDE:……………………………………………… HASTA:…………………….………………………DE 2.0……

CANTIDAD DE KM DIARIOS: ……………………………………………. KM MENSUALES: ……………………………...

MONTO POR KM: $………………………………………………MONTO MENSUAL: $.……………………………………….

LUGAR DE PARTIDA: …………………………………………………..………………………….……………………………………

LUGAR DE DESTINO: …………………………………………………..………………………………………………………………

CRONOGRAMA DE TRASLADO: marcar con una cruz los días que corresponden

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |

PRESTADOR: ……………………………………………………………………………………………………………………….……….

DOMICILIO: …………………………………………………………LOCALIDAD:…………………………………………………..

TELÉFONO: ………………………………………………………MAIL:………………………………………………………………...

COMPAÑÍA DE SEGUROS:……………………………………………………………………………………………….………….…

.

PÓLIZA Nº:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nº CUIT: ……………………………………………………………………………………………………………………………….…….

CONDICIÓN FRENTE AL IVA: …………………………………………………………………………………………………….…

Firma y aclaración

Adjuntar constancias de inscripción en AFIP y DGR actualizadas, Póliza vigente y último comprobante de pago del seguro.