

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

PRESUPUESTO (Transporte especial) - FORMULARIO 09

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____

Indique género según su DNI: F M X (no binario)

DATOS DEL PRESTADOR

No convenido _____ Convenido _____ N° de convenio _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ Mail: _____

RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia (marcar la que corresponda): SI / NO

DIRECCIONES DE ORIGEN/DESTINO (aclarar localidad / provincia)

DOMICILIO ASOCIADO: _____

PRESTACION: _____ DIRECCIÓN _____

PERIODO PRESTACIONAL DESDE: _____ **HASTA:** _____

PRESTACION: _____ DIRECCIÓN _____

PERIODO PRESTACIONAL DESDE: _____ **HASTA:** _____

PRESTACION: _____ DIRECCIÓN _____

PERIODO PRESTACIONAL DESDE: _____ **HASTA:** _____

PRESTACION: _____ DIRECCIÓN _____

PERIODO PRESTACIONAL DESDE: _____ **HASTA:** _____

PRESTACION: _____ DIRECCIÓN _____

PERIODO PRESTACIONAL DESDE: _____ **HASTA:** _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

RECORRIDO LUNES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

RECORRIDO MARTES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

RECORRIDO MIÉRCOLES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ **VALOR KM DIARIO:** _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO JUEVES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO VIERNES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

RECORRIDO SÁBADO

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

Firma y sello del transportista: _____