

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ESPECIAL

PRESUPUESTO (Transporte especial)

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

DATOS DEL PRESTADOR

No convenido Convenido

Nº de convenio: _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Nº de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ E-mail: _____

RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia: SI / NO

RECORRIDO 1 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología) _____

IDA Desde Calle: _____ Nº _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ Nº _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – Debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario: \$ _____ Valor mensual: \$ _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ESPECIAL

RECORRIDO 2 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología) _____

IDA Desde Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – Debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario:\$ _____ Valor mensual:\$ _____

RECORRIDO 3 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología) _____

IDA Desde Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – Debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario:\$ _____ Valor mensual:\$ _____

Km totales recorridos por mes:	Precio total mensual del presupuesto:	Firma y sello:	Aclaración: