

## 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

☐

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: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia: SI / NO

**RECORRIDO 1** (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: \$ \_\_\_\_\_

## 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:\$** \_\_\_\_\_**RECORRIDO3** (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: