

PRESUPUESTO TRANSPORTE CON DEPENDENCIA 2026 (Escuelas - CET - CD)

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

TRANSPORTE A: _____

PERÍODO DE PRESTACIÓN: DE _____ A _____ 2026

Dirección de Origen:

Dirección de Destino:

Cantidad de KM por viaje:

Cantidd de KM por día:

Valor del KM con
DEPENDENCIA:

Valor por viaje:

Valor por día (ida y vuelta):

Recordar: no hay una cantidad FIJA de días por mes. Se deberá facturar por cantidad de días hábiles del mes.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
De.....hs.					
A.....hs.					

Firma y Aclaración del
Responsable del Servicio

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090