

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2025 (Escuelas - CET - CD)

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

TRANSPORTE A: _____

PERÍODO DE PRESTACIÓN: DE _____ A _____ 2025

Dirección de Origen:

Dirección de Destino:

Cantidd de KM por viaje:

Cantidd de KM por viaje:

Valor del KM:

Valor por viaje:

Valor por día (ida y vuelta):

Recordar: no hay una cantidad FIJA de días por mes. Se deberá facturar por día de traslado efectivamente realizado.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
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