

**Presupuesto Transporte 2025
(Terapias)**

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:

Two large dotted green boxes for entering the origin and destination addresses.

Cantidad de KM por viaje:

Cantidad de KM por día:

Dotted green box for entering KM per trip.

Dotted green box for entering KM per day.

Valor del KM:

Valor por viaje:

Valor por día (ida y vuelta):

Dotted green box for entering value per KM.

Dotted green box for entering value per trip.

Dotted green box for entering value per day (round trip).

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