

ANEXO 7
TRANSPORTE – CONSENTIMIENTO
DIAGRAMA DE TRASLADOS

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

Nro. De Beneficiario y DNI:

Razón Social del Prestador:

Domicilio:

Localidad/Provincia:

Teléfono Completo:

Mail de Contacto del Prestador:

Periodo de Traslado:

Desde:

Hasta:

Domicilio de Partida:

Domicilio de Destino:

Cantidad de viajes por día Ida y vuelta	Cantidad de Km por viaje Ida y vuelta	Valor del Km SIN DEPENDENCIA	Valor del Km CON DEPENDENCIA (si corresponde)	Importe por viaje Ida y vuelta	Cantidad de Km mensuales	Importe mensual

ADJUNTAR COPIA DE GOOGLE MAPS. <https://www.google.com/maps>
Cronograma de Traslados (marcar con una cruz los días de traslados)

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

Observaciones:

CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)

IMPORTANTE: Se debe presentar un presupuesto por tipo de traslado(a Escuelas, Centros y Terapias) y la factura correspondiente al mismo. Las Facturas deben ser presentadas mensualmente, a mes vencido entre el 1 y 10 de cada mes siguiente. Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el Recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello del Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por el presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito para:

Beneficiario:

DNI

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha del Consentimiento: