

# FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR

## 1. Beneficiario Titular

Nombre / Razón Social

CUIT:

Nº Acreedor/Proveedor:

Correo Electrónico

Domicilio

Código postal

Localidad

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

En caso de Poseer convenio con SanCor Salud completar los siguientes datos:

Convenio por prestaciones en Discapacidad: Si..... No .....

# CONSENTIMIENTO BILATERAL

Consentimos que se lleve a cabo la prestación -----  
-----  
-----

FECHA:				(1)
--------	--	--	--	-----

Brindada por -----  
a mi hijo -----  
desde el / / ----- entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica/ transporte.

-----  
Firma del Padre / Madre o Tutor

-----  
Aclaración

-----  
Tipo y Nº de Documento

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica / transporte que brindamos a -----  
-----  
Y que se han contestado todas las preguntas sugeridas por los Padres o Tutores en torno a la misma.

-----  
Firma y sello con matrícula del Profesional o firma y sello del Representante Legal de la Institución o firma, aclaración y DNI del Titular del Transporte o firma y sello del Representante Legal de la Empresa ( según corresponda).

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento



# PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ FECHA:

**DATOS DEL ASOCIADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI:

**DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE**

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono:

E-mail: \_\_\_\_\_ Nº CUIT:

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Nº I.I.B.B.: \_\_\_\_\_

Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_ Prestación con Dependencia: SI  NO

**RECORRIDO**

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según **Google Maps** ([www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar)), acompañado de su respectivo mapa.

**RECORRIDO 1** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

**RECORRIDO 2** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

**RECORRIDO 3** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

**RECORRIDO 4** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

# PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Completar todos los campos del Formulario

**RECORRIDO 5** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

**RECORRIDO 6** Beneficiario se traslada a la prestación \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

*Días y Horarios:*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

*Período* Desde:  Hasta:  Año:

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Precio por Km Mensual

**Precio Dependencia** \$

**Precio Total Mensual de Km**  
(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en \$

**Total Mensual del Presupuesto** \$

*Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista*