

## ANEXO 9

### PRESUPUESTO POR TRANSPORTE 2020

Fecha de Emisión: ...../...../.....

Empresa de Remis: ..... CUIT: .....

Domicilio: ..... Teléfonos: .....

Mail Empresa de transporte: .....

Paciente: ..... DNI: .....

Vigencia del presupuesto: Desde: ...../...../2020 - Hasta: ...../...../2020

**DESTINO - Prestación a la que asiste:** .....

Desde:..... Hasta: .....

Cantidad de viajes por mes: ..... Cantidad de km por viaje: ..... Km.

Cantidad de km mensuales: ..... Precio por km: ..... Valor total en pesos: .....

Adicional por dependencia: SI / No (marcar con un círculo lo que corresponda)

Total mensual en pesos (Total del recorrido): .....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud.

Total mensual en Kilómetros de todos los trayectos: .....

Total mensual en Pesos de todos los trayectos: .....

Total del Presupuesto: .....

Firma y sello:

Aclaración:

### CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento a los traslados descritos precedentemente

al Beneficiario: ..... DNI: .....

Firma beneficiario  
o representante:

Aclaración y  
DNI firmante: