

# ANEXO 11 - PRESUPUESTO POR TRANSPORTE 2024

Fecha: ...../...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

## DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres .....  
DNI: ..... Fecha de Nacimiento: ..... Edad: .....  
Domicilio del beneficiario .....

## DATOS DEL PROVEEDOR – Habilitación a Nombre de

NOMBRE/ Razón Social: ..... CUIT: .....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Provincia: ..... Tipo de Transporte (remís, escolar): .....  
E mail: ..... Teléfono: .....  
Período: Desde ..... Hasta ..... Año .....

Destino 1: Prestación a la que asiste: .....

Domicilio de Partida: .....  
Hasta domicilio de llegada: .....

Viajes por mes: ..... Cantidad de km por tramo de ida: ..... y ..... km por tramo de vuelta  
Cantidad de km mensuales .....A valor nomenclador vigente.

Adicional por dependencia: **SI**  **No**  (marcar lo que corresponda)

**Tramo corto**, según Resolución 1/2023: **SI**  **No**  (marcar lo que corresponda)

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

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Firma y Sello Transportista: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: .....