

Anexo 1.7 - Presupuesto Transporte Especial

Fecha de Emisión:/...../.....

Prestador: CUIT:

Domicilio: Teléfono:

Mail de contacto:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Entidad Bancaria: (CBU):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo Exento
 Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐
☐ ☐ ☐

N° IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilita mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario DNI:

Prestación a brindar Transporte Especial a:

(Tipo de prestación o institución)

Desde: Mes..... Año:..... Hasta: Mes..... Año:.....

IDA:						
Desde:						
Hasta:						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km ida						
VUELTA:						
Desde:						
Hasta:						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km vuelta						
TOTAL IDA + VUELTA POR DIA						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Km Ida + Km Vuelta						
TOTAL Km. MENSUALES:						

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta)..... Monto por Km:.....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si ☐ No ☐ Monto mensual:.....

Apoyos:

Consentimiento

Firma y Aclaración Beneficiario o representante

Firma y Aclaración del Transportista