3 PRESUPUESTO TRANSPORTE

OSPAV
Obra Social del Personal de la Actividad Vitivinícola

Fecha de Emisión: _____

Beneficiario Causante: _____

TIPO Y Nº DNI:

Transporte hacia: _____

Periodo: _____

KM diarios: KM mensuales:

Valor del KM: _____ Valor diario: _____ Valor mensual: _____

Dependencia 35% extra *(en caso que corresponda)*: _____

Total: _____

Lugar de Partida: _____

Lugar de destino: _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
PARADA						
LLEGADA						

Prestador: _____

Domicilio: _____

Teléfonos:

Compañía de seguros: _____

Póliza:

CUIT: Condición frente al IVA:

Ing. Brutos: Entidad Bancaria:

CBU:

_____

Firma y Sello