

# ANEXO VIII

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y  
Gastronómicos de la República Argentina.  
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA  
Sector DISCAPACIDAD  
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

## MODELO DE PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha de emisión: .....

Nombre y apellido del beneficiario:

.....

N ° de beneficiario:.....

D.N.I.: .....

Prestación / especialidad: **TRANSPORTE**

Desde domicilio:.....

Hasta domicilio:.....

Prestación a la que asiste:.....

Período de Prestación:.....

Cantidad de: Kilómetros por viaje:.....

Kilómetros diarios:.....

Kilómetros mensuales:.....

Valor kilómetro: \$.....

Total valor mensual: \$.....

Total valor mensual con dependencia: \$.....

Prestador:.....

Domicilio:.....

Teléfono y casilla de correo:.....

N ° CUIT:..... N ° Ing. Brutos:.....

Condición frente al IVA: .....

**Cronograma de asistencia:** marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Horario Lunes de hs..... hasta hs.....

Horario Martes de hs..... hasta hs.....

Horario Miércoles de hs..... hasta hs.....

Horario Jueves de hs..... hasta hs.....

Horario Viernes de hs..... hasta hs.....

Horario Sábado de hs..... hasta hs.....

.....  
Firma

.....  
Aclaración

\* Es **obligación** completar todos los campos.