



OBRA SOCIAL  
DEL PAPEL

## OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Osvaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: [areadiscapacidad@ospapel.org.ar](mailto:areadiscapacidad@ospapel.org.ar)

Fax: 4301-0512

### PRESUPUESTO TOTAL DE TRANSPORTE

Lugar:  Fecha:  /

#### DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido:  DNI:

#### DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido/Razón social:

Domicilio:  Localidad y Provincia:

Poliza N.º:  Teléfono:

Mail:  Celular:

Habilitación emitida por:  Compañía de seguro:

Vencimiento:  Vencimiento:

CUIT (adjuntar Constancia de AFIP)  CBU (adjuntar comprobante bancario)

Prestación con dependencia 35%

SI  NO

Total KM mensuales:

Valor del KM:  Monto Mensual Total:(sumatoria de todos los destinos)

#### EN CASO DE DEPENDENCIA INDICAR APOYOS BRINDADOS

No esta justificada la dependencia para menores de 6 años

La dependencia solo sera valida para transportes especiales habilitados, NO remis

Firma y aclaración del transportista