

PRESUPUESTO DE TRATAMIENTO AMBULATORIOS, PRESTADORES DE
APOYO, ESTIMULACION TEMPRANA-INTEGRACION ESCOLAR

Fecha de emisión

Nombre y Apellido del beneficiario:

DNI..... Número de afiliado

Prestación/Especialidad:

Periodo de atención desde:hasta.....

Domicilio donde se realiza la prestación:

.....

Cantidad de sesiones/horas de trabajo:

Semanales: Mensuales:

Monto por sesión \$: Mensual total \$

Prestador:

Domicilio particular:

Teléfono y casilla de correo:

.....

Numero de Cuit:Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: marcar con una cruz los días que correspondan

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Horario de hs..... Hasta hs

Horario de hs..... Hasta hs

Horario de hs..... Hasta hs

Horario de hs..... Hasta hs

Horario de hs..... Hasta hs

Horario de hs..... Hasta hs

.....
Firma sello y aclaración