

## PRESUPUESTO DE EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

(Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

### Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° DNI	CUIL N°
-------------------	--------	---------

### Datos de la prestación

Prestación/especialidad	Período
<b>Equipo de apoyo para la integración escolar</b>	Desde   Hasta   Año
Cantidad de horas mensuales	Monto mensual \$

### Datos del prestador

Nombre y Apellido	
Domicilio	Localidad   Provincia
Teléfono ( )	Email
CUIT N°	CBU (adjuntar comprobante bancario)
N° de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros	Banco
Condición frente a:	Número
IVA: Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>	
Ing. Brutos: Inscripto <input type="checkbox"/> Conv. Multilat. <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>	

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

### Actividad Áulica

Nombre del profesional	
Institución en que se brindará la prestación - Escuela	
Dirección	Localidad

Horarios \ Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma y sello del profesional	Aclaración
-------------------------------	------------

FOR SER ENF 031