

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 Equipo de apoyo para la integración escolar	Período 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