

# Formulario 044

## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

# Omint

(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	Módulo Integral simple <input type="checkbox"/>		Módulo Integral intensivo <input type="checkbox"/>
Desde	Hasta	Año	
Cantidad de sesiones semanales y mensuales	Monto por Sesión	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.**

Días y horarios	Lunes Desde - Hasta	Martes Desde - Hasta	Miércoles Desde - Hasta	Jueves Desde - Hasta	Viernes Desde - Hasta	Sábado Desde - Hasta
Terapia						
Terapia						
Terapia						

Firma y sello del prestador	Aclaración
-----------------------------	------------

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 23.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.