

## Presupuesto de prestaciones de estimulación temprana

(Completar todos los campos del formulario)

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

### Datos del paciente

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

El niño/a concurre a las terapias acompañado por: \_\_\_\_\_  
(indicar parentesco)

### Datos de la prestación

Prestación / Especialidad				
Período				
Desde	Hasta	Año		
Cantidad de sesiones semanales y mensuales	Monto por Sesión (si es la única prestación)	Monto Mensual	Valor del Módulo (si es brindada por equipo)	
	\$	\$	\$	

### Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social				
Domicilio REAL donde se brindará la prestación		Localidad	Provincia	
Teléfono ( )		Email		
CUIT N°		CBU (adjuntar comprobante bancario)		
N° de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros			Banco	
Condición frente a:	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"/>
				Número

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.

### Cronograma de Asistencia

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 Profesional	Aclaración
-------------------------------	------------