

# Formulario 033

## PRESUPUESTO DE PRESTACIÓN EN INSTITUCIÓN

# 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

Modalidad Prestacional a brindar
----------------------------------

Tipo de jornada a realizar    Simple     Doble     Reducido     Permanente

Categoría    A     B     C     Incluye almuerzo    Si     No     Incluye dependencia    Si     No

Monto mensual \$	Período Desde	Hasta	Año
---------------------	------------------	-------	-----

### 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: 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	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Desde					
Hasta					

Firma y sello de la Institución/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 DIRECCIN NACIONAL DE PROTECCIÓN 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.