

Presupuesto por módulo integral simple / intensivo

(Completar todos los campos del formulario)

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

Datos del paciente

Nombre y Apellido	Nº de DNI	CUIL Nº
-------------------	-----------	---------

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar: Módulo integral simple ☐ Módulo integral intensivo ☐

Prestaciones a brindar (aclarar cantidad de sesiones semanales de cada una)

1
2
3
4
5

Monto Mensual	Período	Hasta	Año
\$	Desde		

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón social					
Domicilio REAL donde se brindará la prestación					
Teléfono ()		Email			
CUIT Nº		CBU (adjuntar comprobante bancario)			
Nº de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros		Banco			
Condición frente a:	IVA:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Monotributo <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>	Número
	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.

Cronograma de Asistencia

Horarios	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
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 Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 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.