

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 (aclara cantidad de sesiones semanales de cada una)

1
2
3
4
5

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

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:		Número	
IVA: Ing. Brutos:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Monotributo <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>
	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
---------------------------------------------	------------