

Presupuesto de maestra de apoyo

(Completar todos los campos del formulario)

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

Datos del paciente

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

Datos de la prestación

Prestación / Especialidad Maestra de Apoyo	Período Desde	Hasta	Año
Cantidad de horas mensuales	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:	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 Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la prestación - Escuela _____

Días Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma y sello del Profesional	Aclaración
-------------------------------	------------