

Presupuesto de prestaciones ambulatorias para profesionales individuales

(Completar todos los campos del formulario)

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

Datos del paciente

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

Datos de la prestación

Prestación / Especialidad		
Período		
Desde	Hasta	Año
Cantidad de sesiones semanales y mensuales	Monto por Sesión \$	Monto Mensual \$

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"/>	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 del Profesional	Aclaración
-------------------------------	------------