

## Presupuesto de prestaciones por rehabilitación - Instituciones

(Completar todos los campos del formulario)

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

### Datos del paciente

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

El niño/a concurre a las terapias acompañado por: \_\_\_\_\_  
(indicar parentesco)

### Datos de la prestación

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

### 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"/>
	Ing. Brutos:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Conv. Multilat. <input type="checkbox"/>
		Exento <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 y Horarios	Lunes Desde - Hasta	Martes Desde - Hasta	Miércoles Desde - Hasta	Jueves Desde - Hasta	Viernes Desde - Hasta	Sábado Desde - Hasta
Terapia						
Terapia						
Terapia						

Firma y sello de la Institución	Aclaración
---------------------------------	------------