



## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

*(debe ser anterior al periodo presupuestado)*

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón social del Prestador: \_\_\_\_\_ C.U.I.L/ C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Condición frente al I.V.A: \_\_\_\_\_ HBB Nº: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Prestación/Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brinda la prestación: \_\_\_\_\_

*(En el caso de Int.Escolar, indicar Nombre y dirección del Est.Educativo)*

Categoría: \_\_\_\_\_ Tipo de Jornada: Simple: \_\_\_\_\_ Doble: \_\_\_\_\_ *(indicar con una X)*

Periodo Prestacional : Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
*(indicar desde-hasta,mes y año)*

Cant.de sesiones semanales: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones mensuales : \_\_\_\_\_

Monto por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Monto mensual:\$ \_\_\_\_\_

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horarios (desde-hasta) / Prestación						

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Prestador