



PRESUPUESTO DE EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____ Nº AFILIADO: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	PERIODO	
	DESDE	HASTA

CANTIDAD DE HORAS MENSUALES: _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

MAIL: _____ CELULAR: _____

CUIT: _____ CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO) _____

Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO) _____ BANCO _____

CONDICIÓN FRENTE A IVA <input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO	INGRESOS BRUTOS <input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL <input type="radio"/> EXENTO
--	---

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

ACTIVIDAD ÁULICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

INSTITUCIÓN EN LA QUE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

**ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA
(CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)**

1	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

**ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA
(CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)**

2	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

**ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA
(CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)**

3	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

**ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA
(CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)**

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN

	LUNES (desde – hasta)	MARTES (desde – hasta)	MIÉRCOLES (desde – hasta)	JUEVES (desde – hasta)	VIERNES (desde – hasta)
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DEL EQUIPO	ACLARACIÓN
--	------------