



PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____ Nº AFILIADO _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD **MAESTRA DE APOYO** 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 INGRESOS BRUTOS
 INSCRIPTO INSCRIPTO
 MONOTRIBUTO CONVENIO MULTILATERAL
 EXENTO 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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

LA PRESTACIÓN SE BRINDARÁ EN LA ESCUELA O EL DOMICILIO.

INSTITUCIÓN EN LA QUE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:

ESCUELA _____

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

