



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

LUGAR:

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Nº AFILIADO

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MODALIDAD PRESTACIONAL

MODULO INTEGRAL SIMPLE

MODULO INTEGRAL INTENSIVO

PRESTACIÓN A BRINDAR

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

MONTO MENSUAL

PERIODO

\$

DESDE

HASTA

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

MAIL:

CELULAR:

CUIT:

CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)

Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)

BANCO

CONDICIÓN FRENTE A IVA

- INSCRIPTO
- MONOTRIBUTO
- EXENTO

INGRESOS BRUTOS

- INSCRIPTO
- CONVENIO MULTILATERAL
- 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

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.00						
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
20.00						
21.00						
22.00						
<hr/> FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR				<hr/> ACLARACIÓN		

