



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS

LUGAR:

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Nº AFILIADO

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR

MONTO MENSUAL

PERIODO

DESDE

HASTA

\$

TIPO DE JORNADA

CATEGORÍA

INCLUYE ALMUERZO

INCLUYE DEPENDENCIA

- SIMPLE
- DOBLE
- REDUCIDA
- PERMANENTE

- A
- B
- C

- SI
- NO

- SI
- NO

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR

ACLARACIÓN