



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

LUGAR:

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Nº AFILIADO

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD

PERIODO

DESDE

HASTA

CANTIDAD DE
SESIONES

SEMANALES

MENSUALES

MONTO POR SESIÓN

\$ _____

MONTO MENSUAL

\$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO:

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN