

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	AÑO	
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	
NUMERO		<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO		<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					
2	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
3	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN					
	LUNES (desde – hasta)	MARTES (desde – hasta)	MIERCOLES (desde – hasta)	JUEVES (desde – hasta)	VIERNES (desde – hasta)

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DEL EQUIPO			ACLARACIÓN		