

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 _____

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 _____

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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL