

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 NUMERO _____	IVA <input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO	INGRESOS BRUTOS <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

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