

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

LUGAR:		FECHA:	
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDO		DNI	Nº AFILIADO
DATOS DE LA PRESTACIÓN			
MODALIDAD PRESTACIONAL	<input type="radio"/> MODULO INTEGRAL SIMPLE		<input type="radio"/> MODULO INTEGRAL INTENSIVO
PRESTACIÓN A BRINDAR		CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
MONTO MENSUAL		PERIODO	
\$ _____	DESDE	HASTA	AÑO
DATOS DEL PRESTADOR			
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL			
DOMICILIO <u>REAL</u> 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	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			

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.00						
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
20.00						
21.00						
22.00						
<hr/> FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR				<hr/> ACLARACIÓN		