

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

LUGAR: _____

FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____

DNI _____

Nº AFILIADO _____

EL NIÑO/A CONCURRE A LAS TERAPIAS ACOMPAÑADO POR: _____
(parentesco)

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD _____

PERIODO

DESDE _____

HASTA _____

AÑO _____

CANTIDAD
DE SESIONES

SEMANALES

MENSUALES

MONTO POR SESIÓN
(ÚNICA PRESTACIÓN)
\$ _____

MONTO MENSUAL

\$ _____

VALOR MODULO
(SI ES POR EQUIPO)

\$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL _____

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

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

	LUNES (desde – hasta)	MARTES (desde – hasta)	MIÉRCOLES (desde – hasta)	JUEVES (desde – hasta)	VIERNES (desde – hasta)	SABADO (desde – hasta)
TERAPIA _____						
TERAPIA _____						
TERAPIA _____						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN