

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____ Nº AFILIADO _____

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

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD			PERIODO		
			DESDE	HASTA	AÑO
CANTIDAD DE SESIONES	SEMANALES	MENSUALES	MONTO POR SESIÓN	MONTO MENSUAL	VALOR MODULO
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

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 _____	<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

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