

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS

LUGAR: _____

FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____

DNI _____

Nº AFILIADO _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR

TIPO DE JORNADA	CATEGORÍA	INCLUYE ALMUERZO	INCLUYE DEPENDENCIA
<input type="radio"/> SIMPLE	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SI
<input type="radio"/> DOBLE	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NO
<input type="radio"/> REDUCIDA	<input type="radio"/> C		
<input type="radio"/> PERMANENTE			

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"/> INSCRIPTO
	<input type="radio"/> MONOTRIBUTO	<input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL
	<input type="radio"/> EXENTO	<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	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR

ACLARACIÓN