

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES**

LUGAR:				FECHA:		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
NOMBRE Y APELLIDO			DNI		Nº AFILIADO	
<b>DATOS DE LA PRESTACIÓN</b>						
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD			PERIODO			
			DESDE		HASTA	AÑO
CANTIDAD DE SESIONES	SEMANALES	MENSUALES	MONTO POR SESIÓN \$ _____		MONTO MENSUAL \$ _____	
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>						
NOMBRE Y APELLIDO:						
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						
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD</b>						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						
_____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				_____ ACLARACIÓN		