

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

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