

PRESUPUESTO DE EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____ Nº AFILIADO _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	PERIODO	
	DESDE	HASTA

CANTIDAD DE HORAS MENSUALES _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

MAIL: _____ CELULAR: _____

CUIT: _____ CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO) _____

Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO) _____ BANCO _____

CONDICIÓN FRENTE A IVA

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> INSCRIPTO
<input type="radio"/> MONOTRIBUTO
<input type="radio"/> EXENTO | INGRESOS BRUTOS
<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

ACTIVIDAD ÁULICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

INSTITUCIÓN EN LA QUE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____

**ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA
(CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)**

1	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

2	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

3	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:
----------	-------------------	---------------------

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN

	LUNES (desde – hasta)	MARTES (desde – hasta)	MIERCOLES (desde – hasta)	JUEVES (desde – hasta)	VIERNES (desde – hasta)

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DEL EQUIPO	ACLARACIÓN
--	------------