

### PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Nº AFILIADO \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD <b>MAESTRA DE APOYO</b>	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**

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

LA PRESTACIÓN SE BRINDARÁ EN LA ESCUELA O EL DOMICILIO.  
 INSTITUCIÓN EN LA QUE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:  
 ESCUELA \_\_\_\_\_

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>DESDE</b>					
<b>HASTA</b>					

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL