

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

LUGAR:

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Nº AFILIADO

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD

PERIODO

DESDE

HASTA

CANTIDAD
DE
SESIONES

SEMANALES

MENSUALES

MONTO POR SESIÓN
(ÚNICA PRESTACIÓN)

MONTO MENSUAL

VALOR MODULO
(SI ES POR EQUIPO)

\$ _____

\$ _____

\$ _____

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

- INSCRIPTO
- MONOTRIBUTO
- EXENTO

INGRESOS BRUTOS

- INSCRIPTO
- CONVENIO MULTILATERAL
- 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 (desde – hasta)	MARTES (desde – hasta)	MIÉRCOLES (desde – hasta)	JUEVES (desde – hasta)	VIERNES (desde – hasta)	SABADO (desde – hasta)
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN