

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES

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 \$ _____	MONTO MENSUAL \$ _____
----------------------	--------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------

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 <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

	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
--	---------------------