

## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

|   |           |           |                                     |  |                           |        |
|---|-----------|-----------|-------------------------------------|--|---------------------------|--------|
| LUGAR:  |           |           |                                     | FECHA:   |                           |        |
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>   |           |           |                                     |  |                           |        |
| NOMBRE Y APELLIDO   |           |           | DNI                                 |  | Nº AFILIADO               |        |
| <b>DATOS DE LA PRESTACIÓN</b>   |           |           |                                     |  |                           |        |
| PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD   |           |           | <b>PERIODO</b>                      |  |                           |        |
|   |           |           | DESDE                               |  | HASTA                     |        |
| <b>CANTIDAD DE SESIONES</b>   | SEMANALES | MENSUALES | MONTO POR SESIÓN<br>\$ _____        |  | MONTO MENSUAL<br>\$ _____ |        |
| <b>DATOS DEL PRESTADOR</b>  |           |           |                                     |  |                           |        |
| 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  |                           |        |
| <b>CONDICIÓN FRENTE A IVA</b>   |           |           |                                     | <b>INGRESOS BRUTOS</b>   |                           |        |
| <input type="radio"/> INSCRIPTO<br><input type="radio"/> MONOTRIBUTO<br><input type="radio"/> EXENTO  |           |           |                                     | <input type="radio"/> INSCRIPTO<br><input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL<br><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 |           |           |                                     |  |                           |        |
| <b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD</b>  |           |           |                                     |  |                           |        |
|   | LUNES     | MARTES    | MIÉRCOLES                           | JUEVES   | VIERNES                   | SABADO |
| <b>DESDE</b>  |           |           |                                     |  |                           |        |
| <b>HASTA</b>  |           |           |                                     |  |                           |        |
| _____<br>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL  |           |           |                                     | _____<br>ACLARACIÓN  |                           |        |