

PRESUPUESTO Maestra de Apoyo o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____ Nº AFILIADO _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD	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
DESDE					
HASTA					

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL