

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES

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:						
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		
CONDICIÓN FRENTE A IVA				INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO				<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	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						
_____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				_____ ACLARACIÓN		