

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

LUGAR: _____ FECHA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____ DNI _____ Nº AFILIADO _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MODALIDAD PRESTACIONAL MODULO INTEGRAL SIMPLE MODULO INTEGRAL INTENSIVO

PRESTACIÓN A BRINDAR

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

MONTO MENSUAL \$ _____ PERIODO DESDE _____ HASTA _____

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

