

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

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.00						
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
20.00						
21.00						
22.00						
<p style="text-align: center;">_____ FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR</p>				<p style="text-align: center;">_____ ACLARACIÓN</p>		