

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS

LUGAR:		FECHA:				
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDO		DNI	Nº AFILIADO			
DATOS DE LA PRESTACIÓN						
PERIODO						
DESDE		HASTA				
MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR		MONTO MENSUAL				
		\$ _____				
TIPO DE JORNADA	CATEGORÍA	INCLUYE ALMUERZO	INCLUYE DEPENDENCIA			
<input type="radio"/> SIMPLE <input type="radio"/> DOBLE <input type="radio"/> REDUCIDA <input type="radio"/> PERMANENTE	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
DATOS DEL PRESTADOR						
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL						
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 DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR				_____ ACLARACIÓN		