

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

SIMPLE

A

SI

SI

DOBLE

B

NO

NO

REDUCIDA

C

PERMANENTE

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR

ACLARACIÓN