

Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión (Si es la única prestación) \$

Monto Mensual \$ Monto del Módulo (Si es brindada por equipo) \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Terapia

Terapia

Terapia

Firma, Aclaración y Sello del
Profesional