

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

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 \$ Monto Mensual \$

Valor del Módulo \$

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

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

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 y Sello
Aclaración / Institución