

Presupuesto de Prestaciones Institucionales / Educativas

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar Simple Doble Reducida Permanente Categoría A B C

Incluye almuerzo Si No Incluye Dependencia Si No

Monto Mensual \$ Período Desde Hasta Año

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

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador