

## Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

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

Prestación / Especialidad .....

Período Desde  Hasta  Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales:  Monto por Sesión \$  Monto Mensual \$

### 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 .....

Firma, Aclaración y Sello del  
Profesional