

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

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

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

Hasta

Firma, Aclaración y Sello del
Profesional