

# Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

DISCAPACIDAD 007

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

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma, aclaración y sello  
de la Institución

---

---