

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

DISCAPACIDAD 006

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 _____

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 _____

Tomó 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
De:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A:	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Firma, aclaración y sello
del Profesional

