

Presupuesto de Prestaciones Profesionales Ambulatorias (Prestaciones de Apoyo)

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____

DNI N° _____

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: _____

Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Cantidad de Sesiones mensuales: ____ Monto por sesión: _____ Total mensual: _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: _____

Código de área y teléfono: () _____ Email: _____

CUIT N° _____ Ingresos Brutos: _____

Condición frente al IVA: _____

Cheque a la orden de: _____

Cronograma de asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello

del profesional