

PRESUPUESTO

ESTIMULACIÓN TEMPRANA - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____

DNI N° _____

Datos de la Prestación: _____

Modalidad Prestacional Para Brindar:

Modulo Integral Simple _____ Modulo Integral Intensivo _____

Módulo _____	Cantidad de sesiones semanales	Lunes (Hora)	Martes (Hora)	Miércoles (Hora)	Jueves (Hora)	Viernes (Hora)
Esp:						
Esp:						
Esp:						
Esp:						
Esp:						

Monto Mensual \$ _____ Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: _____

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

CUIT N° _____ Condición frente al IVA: _____

Firma, Aclaración y Sello

del profesional