

PRESUPUESTO DE MAESTRA/O DE APOYO

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido/Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

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

Email: _____

CUIT N° _____ Ingresos Brutos: _____ Condición frente al IVA: _____

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: _____

Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Total hora / mensual: _____

Institución / Escuela común en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio de la Institución: _____ Localidad: _____

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

Email: _____

Cronograma de asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Observaciones
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello

del profesional