

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 y sello del Directivo/responsable de la institución:

Aclaración

CONSENTIMIENTO (Para ser completado por el representante del afiliado, la fecha debe ser la misma de la parte de arriba)

Por la presencia deo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: _____ **DNI** _____

Firma, Aclaración y DNI del Beneficiario o representante y DNI

Fecha: _____/_____/20____