



PRESUPUESTO PRESTACIONAL - PRESTACIÓN DE APOYO

Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido: _____

DNI N° _____

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social del prestador: _____

CUIT N° _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Email: _____ Teléfono:() _____

Prestación: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:

Firma, Aclaración y Sello del Prestador