



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

ESTIMULACIÓN TEMPRANA - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

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:() _____

Modalidad Prestacional Para Brindar: (Marcar con "X" la que corresponda)

Estimulación Temprana _____ Modulo Integral Simple _____ Modulo Integral Intensivo _____

Período: Desde _____ hasta _____ año _____

Monto Mensual: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Prestación de Rehabilitación	Cantidad de sesiones semanales	Lunes (Hora)	Martes (Hora)	Miércoles (Hora)	Jueves (Hora)	Viernes (Hora)
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma, Aclaración y Sello del Prestador