FoF

****Form.005

 **PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

 **Fecha de emisión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(debe ser anterior al periodo presupuestado)*

**Nombre y Apellido del Beneficiario :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N.º de Afiliado :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Razón social del Prestador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.U.I.L/ C.U.I.T:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Condición frente al I.V.A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IIBB N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Prestación/Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Domicilio donde se brinda la prestación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(En el caso de Int.Escolar,indicar Nombre y dirección del Est.Educativo)*

 **Categoría:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Jornada: Simple:\_\_\_\_\_\_ Doble:\_\_\_\_\_\_ *(indicar con una X)***

**Periodo Prestacional : Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(indicar desde-hasta,mes y año)***

**Cant.de sesiones semanales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones mensuales :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Monto por sesión: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto mensual:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunes  | Martes  | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábados |
| Horarios (desde-hasta) / Prestación |  |  |  |  |  |  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma y sello del Prestador**

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321