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