



2026

## Presupuesto Modulo Maestra de Apoyo

### Discapacidad

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: ..... Fecha: ...../...../.....

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:.....NºDNI:.....

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad: **Modulo Maestra de apoyo**

Periodo: Desde: ..... Hasta: ..... Año: 2026

Cantidad de horas mensuales: .....

Monto Mensual: ..... -

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

Teléfono: ..... Email:.....

CUIT Nº: ..... Condición frente al IVA:.....

Lugar donde se brindará la prestación: .....

Dirección:.....

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes		
Horarios							

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 dias de brindado el servicio: SI NO

Se encuentra de acuerdo en que recomendemos su servicio, brindando su contacto : SI/ NO

Firma, Aclaracion y Sello del Profesional:

### Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedente al beneficiario:

.....

DNI: ..... Nº DE Beneficiario: .....

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: .....