



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 prestacion:

Dirección:.....

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horarios							

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 días 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: