

Presupuesto de prestaciones profesionales Ambulatorias**Discapacidad****Completar todos los campos del formulario**

Lugar de emisión: Fecha:/...../.....

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:..... NºDNI:.....

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación:

Teléfono: Email:.....

CUIT Nº: Ingresos brutos:.....

Datos de la Prestación:

Prestación /Especialidad (en caso de ser módulo especifique las prestaciones que incluye):.....

Periodo: Desde: Hasta: Año:

Cantidad de sesiones **mensuales**: Monto por sesión: Monto Mensual:

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horarios							

Circule el que corresponda

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 del beneficiario o responsable

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

beneficiario:.....

DNI: Nº DE Beneficiario:

Firma Benef. o Responsable

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: