



# Presupuesto prestaciones Institucionales

## Discapacidad

2026

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: ..... Fecha: .....

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido: ..... N°DNI: .....

Datos de la Prestación:

Modalidad de la prestación a brindar: .....

Tipo de Jornada a realizar: Simple: ☐ Doble: ☐ Incluye dependencia: SI ☐ NO ☐ Categoría: A - B - C

Monto Mensual: ..... Periodo: Desde: ..... Hasta: ..... Año: 2026

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación: .....

Teléfono: ..... Email: .....

CUIT N°: ..... Condición frente al IVA: .....

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
Horarios							

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

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Institución/Prestador:

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

### Consentimiento

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

Beneficiario: .....

DNI: ..... N° DE Beneficiario: .....

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: .....

