



Presupuesto prestaciones Institucionales Discapacidad

2026

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: Fecha:

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido: NºDNI:

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: Nº DE Beneficiario:

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento:

