Presupuesto Modulo Maestra de Apoyo **2027**

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: 2027

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 días de brindado el servicio: SI NO

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

Firma, Aclaración 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: ……