Presupuesto de prestaciones profesionales Ambulatorias **2027**

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: 2027

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

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
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, Aclaración 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: .....