Presupuesto prestaciones Institucionales 2027
Discapacidad

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: 2027

Datos del Prestador:

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

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

Teléfono: ..... Email:.....

CUIT Nº: ..... Condición frente al IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	
Horarios							

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

Firma, Aclaracion y Sello del responsable de la Institucion/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: .....