Presupuesto: Módulo de apoyo a la Integración escolar (equipo) **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: **Módulo de apoyo a la Integración escolar (equipo)**

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:……

Actividad :

Modalidad de intervención: ……

En caso de ser presencial, domicilio: ……

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 Responsable-Directivo de la institución :

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: ……