

Anexo 1.4 Presupuesto Tratamientos de Apoyo

Fecha de emisión:

Prestador: CUIT:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Entidad Bancaria: (CBU):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Prestación / Especialidad:

Desde: Mes Año: **Hasta:** Mes Año:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto Sesión: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma del Prestador

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____