

ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL: Instituciones

Fecha de Emisión: ___ / ___ / ___

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

N° de Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Concurrencia: JORNADA SIMPLE JORNADA COMPLETA

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí No

Monto Mensual: (\$ _____)

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

Firma y Aclaración del Prestador.