

ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL: Prestaciones de Apoyo

Fecha de Emisión: ___ / ___ / ___

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____ CBU _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Nombre y Apellido del del Beneficiario: _____

N° de Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Concurrencia: JORNADA SIMPLE JORNADA COMPLETA

Período: desde: _____ hasta: _____

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.