



ANEXO 11.2 - PRESUPUESTO PARA CENTRO DE DÍA - CET -

Fecha de emisión: _____

Prestador: _____ CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ Mail de contacto: _____

Entidad Bancaria: _____ Sucursal: _____

Entidad Bancaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Condición frente a IVA: Inscripto: ☐ Monotributo: ☐

Exento Condición frente a Ing. Brutos: ☐

Inscripto Conv. Multilat. Exento N° IIBB: _____

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

Datos del Beneficiario

Beneficiario Causante: _____ DNI: _____

N° de afiliado: _____ CUIL: _____

Prestación

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período de prestación: _____ Año: _____

Almuerzo SI: ☐ NO: ☐ Dependencia SI: ☐ NO: ☐

Matrícula anual: _____ Monto Mensual: _____

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

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					

Firma y sello del Responsable de Instit

Aclaración