



ANEXO 11.3 - PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES DE APOYO - TERAPIAS -

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

Prestación/Especialidad: _____

Período: _____ Año: _____

Cant. de sesiones semanales: _____ Cant. de sesiones mensuales: _____

Monto Sesión: _____ Duración de la sesión: _____

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 Prestador

Aclaración