

Presupuesto Prestacional

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

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 |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Horarios | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: |

Firma y Aclaración del Prestador