

# Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

## Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales.

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

### 2 - Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: \_\_\_\_\_

Periodo desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales \_\_\_\_\_ Monto semanal \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales \_\_\_\_\_ Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

### 3 - Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

### 4 - Cronograma de Asistencia

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello del  
Representante del Equipo