

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Instituciones.

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____

2 - Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: _____

Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cantidad de sesiones semanales _____ Valor por sesión \$ _____

Cantidad de sesiones mensuales _____ Valor por sesión \$ _____

3 - Datos del Prestador:

Razón Social: _____

Domicilio donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Email: _____ CUIT: _____

4 - Cronograma de Asistencia

Prestación Lunes Martes Miercoles Jueves Viernes
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Prestación	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Firma, aclaración y sello de
la Institución