

Presupuesto de modulo de estimulación temprana 2024

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: _____ Cantidad de sesiones semanales _____

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Valor del modulo \$ _____

Prestación: _____ Cantidad de sesiones semanales _____

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Valor del modulo \$ _____

Prestación: _____ Cantidad de sesiones semanales _____

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Valor del modulo \$ _____

Prestación: _____ Cantidad de sesiones semanales _____

Periodo: _____ Desde _____ Hasta _____ Año _____

Valor del modulo \$ _____

3 - Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Provincia: _____ CUIT: _____

Email: _____ Condición frente al IVA: _____

Nombre del Centro: _____

4 - Cronograma de Asistencia

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

Firma, aclaración y sello de
la Institución