



2025

# Presupuesto de prestaciones profesionales Ambulatorias

## Discapacidad

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: ..... Fecha: ...../...../.....

### Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:..... NºDNI:.....

### Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación: .....

Teléfono: ..... Email:.....

CUIT Nº: ..... Ingresos brutos:.....

### Datos de la Prestación:

Prestacion /Especialidad (en caso de ser módulo especifique las prestaciones que incluye):.....

Periodo: Desde: ..... Hasta: ..... Año: .....

Cantidad de sesiones mensuales:  Monto por sesión:  Monto Mensual:

### Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
Horarios							

Circule el que corresponda

Se encuentra de acuerdo en presentar las facturas dentro de los 60 dias de brindado el servicio: SI NO

Firma, Aclaracion y Sello del Profesional:

### Consentimiento del beneficiario o responsable

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema descrito precedentemente al:

beneficiario:.....

DNI: ..... Nº DE Beneficiario: .....

Firma Benef. o Responsable

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: .....