



Presupuesto prestaciones Institucionales Discapacidad

2025

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: Fecha:

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido: N°DNI:

Datos de la Prestación:

Modalidad de la prestación a brindar:

Tipo de Jornada a realizar: Simple: Doble: Incluye dependencia: SI NO Categoría: A - B - C

Monto Mensual: _____ Periodo: Desde: _____ Hasta: _____ Año: 2025

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación:

Teléfono: Email:

CUIT N°: Condición frente al IVA:

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
Horarios							

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

Firma, Aclaracion y Sello del responsable de la Institucion/Prestador:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedente al:

Beneficiario:

DNI: N° DE Beneficiario:

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento:

