



2025

Presupuesto Modulo Maestra de Apoyo

Discapacidad

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: Fecha:/...../.....

Datos del afiliado:

Nombre y Apellido:..... N°DNI:.....

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad: **Modulo Maestra de apoyo**

Periodo: Desde: _____ Hasta: _____ Año: 2025

Cantidad de horas mensuales: _____

Monto Mensual: _____ -

Datos del Prestador:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Teléfono: Email:.....

CUIT N°: Condición frente al IVA:.....

Lugar donde se brindará la prestación:

Dirección:.....

Cronograma de Asistencia:

Días	Lunes	Martes	miercoles	Jueves	Viernes		
Horarios							

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

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

DNI: N° DE Beneficiario:

Firma Benef. o Representante

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha de Consentimiento: