# Presupuesto para Centro de Día, CET / Escuela especial 2027

***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:**

Modalidad Prestaciónal a brindar: _____

Tipo de jornadaa realizar: Simple___Doble___Reducida___Permanente___**Categoría** A- B- C

Incluye almuerzo: Si___No____ Incluye dependencia: Si___No____

Monto mensual $_____**Período** Desde_____Hasta_____Año _____

**3 - Datos del Prestador:**

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio donde se brindará la prestación: _____

Localidad:_____Teléfono: _____

Email:_____CUIT: _____

**4 - Cronograma de Asistencia**

| | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes |
|---|---|---|---|---|---|
| Desde | | | | | |
| Hasta | | | | | |

_____

Firma, aclaración y sello de la Institución/Prestador