Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias 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:

Prestación/Especialidad: _____

Periodo: _____ Desde: _____ Hasta: _____Año:_____

Cantidad de sesiones semanales _____ Valor del módulo semanal _____

Cantidad de sesiones mensuales _____ Valor del módulo mensual _____

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	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

_____

Firma, aclaración y sello de la Institución