Anexo 1.3 Presupuesto Instituciones

Fecha de emisión: …….

Prestador: ……..…….…. CUIT: ……

Domicilio de atención: ……..…..……..……..…….....…..…

Teléfono: ……..... Mail de contacto: ……..…..…..…..…..

Orden de emisión de cheque: ……..……..……..…….....

Entidad Bancaria: ……..... (CBU): ……..……..……

Lugar de Pago (Delegación): ……..

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo ☐ Exento ☐

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Nº IIBB:……..…..…..…..…

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: ……..……..……. DNI: ……..……..……....

Modalidad prestacional a brindar: ……..…..……..…..……

Tipo de jornada a realizar: ……..... Categoría: ……..……....

Desde: Mes ……..……Año:…… **Hasta**: Mes ……..……Año:……

Dependencia: Si ☐ No ☐ Almuerzo: Si ☐ No ☐

Monto Mensual: ……..……...

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

_____ _____

Firma Responsable de la Institución Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: ……..... DNI: ……..……..…

_____ Aclaración:_____

Firma Beneficiario o representante DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: ……