**Anexo 1.4 Presupuesto Tratamientos / Maestra de Apoyo**

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: ……..……...

Prestación / Especialidad: ……..……...……

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

Cantidad de sesiones mensuales: ……

Monto Sesión: ……... Monto Mensual: ……..…...

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

| **Días** | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Horario** | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: | De:<br>A: |

_____ _____

Firma del Prestador 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: _____