PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Lugar de emisión: Fecha:

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: DNI:

Datos de la Prestación			
Prestación/Especialidad:			
Período:	Desde:	Hasta:	Año:
Cantidad de sesiones semanales:			
Monto por sesión: $	Monto mensual: $		
Datos del /la Prestador/a			
Nombre y apellido / Razón social			
CUIT:			
Teléfono:	E-mail:		
Domicilio de la prestación:			

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y sello del/ prestador/a

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: _____

Firma beneficiario o representante: _____ DNI: _____

Aclaración: _____