PRESUPUESTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Lugar de emisión: Fecha:

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

Datos de la Prestación	Monto mensual: $

Módulo Estimulación Temprana:

Período:	Desde:	Hasta:	Año:

Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales)
1.
2.
3.
4.
5.

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: _____