PRESUPUESTO PRESTACIONAL		
Fecha de emisión: ____/_____/_____		
Razón social del prestador:		
CUIT:		
Domicilio donde se realiza la prestación:		
Email de contacto (legible):		**Teléfono:**
Beneficiario:	**DNI:**	
Modalidad prestacional a brindar:		
Tipo de jornada a realizar:	**Categoría:**	
Periodo Desde:	**Hasta:**	**Almuerzo (SI/NO): _____**
Monto mensual:		
En caso de corresponder:		
Dependencia: SI / NO		
Matrícula anual:	**Cantidad de sesiones mensuales:**	
Monto por sesión: _____		

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación)						
Días	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**
Horario	**De:**	**De:**	**De:**	**De:**	**De:**	**De:**
	A:	**A:**	**A:**	**A:**	**A:**	**A:**

_____

Firma, aclaración y sello del prestador