CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0010

2027

Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha* ____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... *N° DNI* ____

N° Beneficiario/ CUIL ____

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por: .....
(indicar parentezco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período *Desde* ____ *Hasta* ____ *Año* 2027

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales ____ *Monto por Sesión (Si es la única prestación) $* ____

Monto Mensual $ ____ *Monto del Módulo (Si es brindada por equipo) $* ____

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social .....

Domicilio REAL *donde se brindará la prestación* .....

Número de CUE (Código único de Establecimiento) ____

Localidad ..... *Provincia* .....

Teléfono ____ *Email* .....

CUIT N° ____ *Condición frente al IVA* .....

CBU N° ____ *Entidad Bancaria* .....

Cheque a la orden de .....

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

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	**lunes**		**martes**		**miércoles**		**jueves**		**viernes**		**sábado**	
	Desde	*Hasta*	*Desde*	*Hasta*	*Desde*	*Hasta*	*Desde*	*Hasta*	*Desde*	*Hasta*	*Desde*	*Hasta*

Terapia ____

Terapia ____

Terapia ____

Firma, Aclaración y Sello del Profesional ____