CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0011

2027

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

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 $ Monto Mensual $

Valor del Módulo $

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 y Sello
Aclaración / Institución