ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

<u>PRESUPUESTO PRESTACIONAL</u> CENTROS DE REHABILITACION/ ESTIMULACION TEMPRANA

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador: …….

CUIT:……

Domicilio donde se realiza la prestación: ……

Correo electrónico de contacto:…….. .Tel……

Beneficiario:…….DNI: …….

Prestación: ……..

Tipo de jornada a realizar:_…….... Categoría…….

Período: desde: ……..hasta:……..

Monto Mensual: ……

En caso de corresponder

Cantidad de sesiones mensuales: ……..….Monto por Sesión: ……..

<u>CRONOGRAMA DE ASISTENCIA</u>: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Prestacón	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.