ANEXOIII

PRESUPUESTOPRESTACIONAL

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:.....

Almuerzo: Sí- No.

Monto Mensual:.....

En caso de corresponder

Dependencia: Si-No

Matrícula anual:.....

Cantidaddesesionesmensuales:.....MontoporSesión:.....

CRONOGRAMADEASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Prestación	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/Aclaración/Sello del Prestador.