PRESUPUESTO PRESTACIONAL
INTITUCIÓN DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

DNI: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Prestación (según mecanismo integración): _____

Período solicitado: _____ / 20 _____ hasta _____ / 20 _____ Monto mensual: $ _____

En caso de solicitar **módulo de tratamiento integral simple / intensivo** especificar las prestaciones que se brindaran: _____

_____

Observaciones: _____

Nombre de la Institución: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan a cada terapia).

TERAPIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
_____	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 y Sello del prestador