PRESUPUESTO PRESTACIONAL PROFESIONAL INDIVIDUAL

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

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

Prestación (según mecanismo de integración): _____

Período solicitado: _____ / 20 _____ hasta _____ / 20 _____ Modalidad: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____

Valor de la sesión: $ _____ Monto mensual: $ _____

Observaciones: _____

Apellido y nombre del profesional: _____

Especialidad: _____

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)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador