PRESUPUESTO PRESTACIONAL
PRESTACIONES TERAPÉUTICAS / EDUCATIVAS

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

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

Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Categoría: _____ Tipo de jornada: _____ Incluye colación y almuerzo: Si ☐ No ☐

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

Monto mensual: $ _____ Dependencia: Si ☐ No ☐

Observaciones: _____

Nombre de la Institución: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de 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