Formulario Nro. 06 - Presupuesto

PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

FECHA: _____ /_____ /_____

Señores (Obra Social)_____

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2027.

Afiliado_____ DNI:_____

Modalidad (virtual/presencial): _____

Período solicitado: _____2027 hasta_____2027.

Cantidad de sesiones semanales_____ Cantidad de sesiones mensuales_____

Valor de la sesión según Resol. Vigente_____Monto mensual _____

Especificar con una X en caso de corresponder:

[ ] Jornada Simple [ ] Jornada Doble [ ] Incluye dependencia

Aclaraciones:_____

_____

Almuerzo (marcar con círculo): SI NO

Especialidad /Prestación: _____

Prestador (Razón Social):_____ Categoría:_____

Teléfono:_____ N° de CUIT_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____
	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____

E-Mail:_____ Domicilio_____

_____ _____

Firma y sello del Prestador Aclaración / DNI / N° de Matrícula