

# Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias 2023

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

## 2 - Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales \_\_\_\_\_ Valor del modulo \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales \_\_\_\_\_ Valor del modulo \$ \_\_\_\_\_

## 3 - Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

## 4 - Cronograma de Asistencia

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes  
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta


\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello de  
la Institución