



PRESUPUESTOS INSTITUCIONES

Fecha de emisión:.....

Prestador: .....

Domicilio de Atención: .....

Teléfono: .....Mail de contacto:.....

CUIT:.....

Entidad Bancaria:.....Alias.....

CBU:.....

Condición frente a IVA: Inscripto:.....Monotributo:.....Exento:.....

Condición frente a IIBB: Inscripto:.....Conv. Multilat:.....Exento:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: .....DNI:.....

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de jornada a realizar:.....Categoría:.....

Periodo:.....Año:.....

Dependencia: SI.....NO..... Almuerzo: SI.....NO.....

Monto mensual:.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

.....

Firma Responsable de la Institución

.....

Aclaración

