



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Lugar y Fecha de Emisión _____

Datos del Prestador:

Razón Social / Prestador: _____

Domicilio **Real** de Atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____

Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido Beneficiario: _____

DNI: _____

CUIL Beneficiario: _____

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad : _____

Período: Año _____ Desde: _____ Hasta: _____

Cantidad Sesiones/Hs.	Monto Sesión/ Hs. (\$)	Monto Mensual (\$)

Los valores se ajustaran a las Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

Firma Prestador

Aclaración y Sello