

ANEXO VI

PRESUPUESTO - PRESTACIONES INSTITUCIONALES – 2017

(COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS)

Lugar y Fecha:

Apellido y Nombre del Afiliado

D.N.I.:

Modalidad prestacional a brindar:

Jornada a realizar: Simple Doble Reducida

Categoría:

Incluye almuerzo: SI NO

Monto mensual: \$

Período: Desde hasta de **2017**

Prestador:.....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación:.....

Teléfono: E-mail.....

Nº CUIT: Condición frente al IVA:

Cheque a la orden de:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (SEÑALAR HORARIO DE INGRESO/Y EGRESO)

Terapia	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Firma y Sello de la Institución

**Será motivo de DÉVOLUCION DE DOCUMENTACION:
“la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo”**