

ANEXO VIII

PRESUPUESTO - PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS - 2017

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

APELLIDO y NOMBRE DEL AFILIADO _____

APM N° _____ D.N.I.: _____

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD: _____

PERIODO: DESDE _____ HASTA _____ DE 201_

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES: _____

MONTO POR SESIÓN: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

PRESTADOR: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARA LA PRESTACION: _____

TELEFONO: _____

E-mail: _____

N° CUIT: _____ ING. BRUTOS: _____

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 del Profesional

*Será motivo de DEVOLUCION DE DOCUMENTACION:
"la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo"*