

Fecha de emisión del presupuesto:/...../.....

Nombre del Prestador: CUIT:

Domicilio donde se realizará la prestación..... Localidad:

Provincia: E-Mail:Teléfono.....

Apellido y Nombre del Beneficiario: D.N.I:

Prestación / Especialidad a brindar.....

(Módulo integral simple/intensivo, Prest. De apoyo o Estimulación temprana según corresponda)

Periodo: Desde/...../..... Hasta/...../.....

Cantidad de Sesiones Semanales: Monto mensual \$

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Para cada día y terapia indicar el horario desde y hasta de la sesión)

TERAPIAS	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:
	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:
	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:
	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:
	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:

**No se reconocen prestaciones no autorizadas
previamente ni retroactivas**

Firma y Aclaración del responsable / profesional

CONFORMIDAD TRATAMIENTO:

Fecha de consentimiento/...../.....

Apellido y Nombres Beneficiario.....

Número de afiliado D.N.I.nro.....

Yo..... doy mi conformidad al cronograma de terapias

por el Periodo: **Desde**/...../..... - **Hasta**/...../.....

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre del beneficiario y manifiesto ser familiar responsable / tutor.

FIRMA

ACLARACIÓN

NRO. DOCUMENTO