## Presupuesto de Prestaciones Institucionales / Educativas

Completar todos los campos del Fo	mulario
Lugar de emisión	Fecha
Datos del Afiliado	Obra Social
Nombre y Apellido	N° DNI
CUIL	Obra Social
Datos de la Prestación	
Modalidad Prestacional a Brindar	
Tipo de jornada a realizar _ Simple	Doble Reducida Permanente Categoría A B C
Incluye almuerzo Si No	Incluye Dependencia Si No
Monto Mensual \$	Período Desde Hasta Año
Matrícula \$	
Datos del Prestador	
Nombre y Apellido / Razón Social:	
<b>Domicilio <u>REAL</u> donde se brind</b> e	ará la prestación
Localidad	Provincia
Teléfono	Email
CUIT N°	Condición frente al IVA
CBU N°	Entidad Bancaria
Cheque a la orden de	
	falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como correspondiente autorización.
Días y horarios Desde	nartes miércoles jueves viernes sábado
Hasta	
	Firma, Aclaración y Sello de la Institución/ Prestador