

## Presupuesto de Prestaciones Institucionales / Educativas

Completar todos los campos del Formulario

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: .....

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

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono  Email .....

CUIT N°  Condición frente al IVA .....

CBU N°  Entidad Bancaria .....

Cheque a la orden de .....

**Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.**

### Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**  
Desde .....

Hasta .....

Firma, Aclaración y Sello  
de la Institución/ Prestador