
DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - CENTROS DE REHABILITACIÓN / ET

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ CUIT: _____

Nombre del beneficiario: _____

DNI: _____ Afiliado N°: _____

Modalidad: (Según mecanismo de Integración)	Sesiones semanales	Valor del módulo (\$)

Plus Patagónico (S/N): _____ \$ _____

TOTAL: \$ _____

Período: Desde

Mes	Año
-----	-----

 Hasta

Mes	Año
-----	-----

Cronograma de asistencia:

Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones: _____

Firma y sello del profesional

Aclaración