

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - CENTROS DE REHABILITACIÓN / ET

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Modalidad	Sesiones Semanales	Valor Módulo (\$)

Adicional por Plus Patag. **SI** **NO** Valor por Plus Patag. \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2026 Hasta (Mes): _____ 2026

Cronograma de asistencia:

Especialidad	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:

Observaciones: _____

Firma y sello
Profesional

Aclaración