10°.b PRESUPUESTO DE INSTITUCIONES

Completo y firmado por el prestador

Fecha: / /

Prestación: _____

Datos del prestador

Razón social: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____ CUIT: _____

Correo electrónico: _____

Datos del afiliado/a

Apellido: _____ Nombre: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____

Período de la prestación:

Desde (mes): _____ 2027 hasta (mes): _____ 2027.

Cronograma de asistencia:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horarios de / a							

Observaciones: _____

_____

Marcar:

Categoría	Tipo de jornada	Adicional por dependencia	Adicional por plus patagónico	Valor mensual ($)
A / B / C	Simple / Doble	Sí / No	Sí / No	

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración