10°.c PRESUPUESTO DE CENTROS DE REHABILITACIÓN O CENTROS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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:

Especialidad	Lunes de / a:	Martes de / a:	Miércoles de / a:	Jueves de / a:	Viernes de / a:	Sábado de / a:

Observaciones: _____

_____

Presupuesto:

Adicional por plus patagónico	Valor mensual ($)
Sí / No	

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración