

FORMULARIO PARA PRESUPUESTO EN INSTITUCIONES

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___
 NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: _____
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____
 DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN: _____
 NÚMERO DE HABILITACIÓN: _____
 TIPO DE PRESTACIÓN: _____
 PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____
 MONTO MENSUAL: \$ _____
 TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE REDUCIDA
 CATEGORÍA DE LA INSTITUCIÓN: A B C
 OBSERVACIONES: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

 FIRMA Y SELLO DEL
 RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

 ACLARACION

 SELLO DE LA INSTITUCIÓN

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:
 DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

 FIRMA DEL BENEFICIARIO

 DNI

 ACLARACIÓN

 VÍNCULO