

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo IX

PRESUPUESTO PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPÉUTICO EDUCATIVAS

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos del prestador

Prestador:

Domicilio de atención:

CUIT:

Teléfono: Mail:

Prestación:

Deberá aclarar en caso de requerir Dependencia

Periodo prestacional:

Tipo de jornada: Categoría:

Monto mensual:

Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

.....

Firma y sello del responsable