

PRESUPUESTO – PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (FORMULARIO 7)

Fecha de emisión: ___/___/___

DATOS DEL PRESTADOR:

Prestador: _____

Número de CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Prestación: _____

Periodo prestacional: DESDE _____ HASTA _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Valor por sesión: _____

Valor mensual: _____

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

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

ASISTENCIA

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desde:						
Hasta:						

Se informa que los datos incorporados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

Firma y sello del prestador