

PRESUPUESTO TRATAMIENTO AMBULATORIO

FECHA DE EMISION: /...../.....

PRESTADOR:		CUIT N°
DOMICILIO DE ATENCION :		LOCALIDAD:
TELEFONO:	MAIL (COMPLETAR CON LETRA CLARA)	

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO			
DNI			
PRESTACION/ESPECIALIDAD			
DESDE:Mes		Año:	HASTA:Mes
			Año:

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES		
MONTO SESION: \$	RESOL. N°:	MONTO MENSUAL: \$

Cronograma de asistencia : Indicar el horario

Días	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

.....
FIRMA DEL PRESTADOR

.....
SELLO

.....
ACLARACION