

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión.....Fecha

Datos del Afiliado.

Nombre y Apellido.....Nº DNI

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar.....

Tipo de jornada a realizar: Simple.....Doble.....Reducida..... Permanente.....Categoría: A.....B.....C.....

Incluye Almuerzo: Si.....No..... Incluye Dependencia: Si.....No.....

Monto Mensual \$.....Período: Desde Hasta:..... Año:.....

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:.....

Domicilio REAL Donde se brinda la prestación.....

Teléfono.....Email.....

CUIT NºCondición frente al IVA

Cheque a la orden de.....

Cronograma de Asistencia:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello
De la Institución/ Prestador
.....