

PRESUPUESTO PRESTACIONAL (CONSULTORIO)

(Res. 1743/2024- Anexo III)

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador:

CUIT Nº:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Beneficiario (Apellido y nombre):

DNI Nº:

Modalidad prestacional: **Sesiones individuales en consultorio profesional**

Período de atención - Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Cantidad de sesiones mensuales (en número y letras):

Monto por Sesión: \$ (Aranceles del Nomenclador de Prestaciones Básicas Ley Nº 24.901)

Total Mes: \$

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

(indicar el horario de cada día de asistencia- Tachar los días que no correspondan)

Días		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De:						
	A:						

.....

Firma y Sello del Prestador