

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad del Tratamiento a Brindar

Internación ☐ Hospital de día 4 horas ☐ Hospital de día 8 horas ☐ Tratamiento Ambulatorio ☐

Monto Mensual \$ Período Desde Hasta Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador