

ANEXO 5: Formulario a ser completado por el prestador y beneficiario o responsable del mismo en caso de ser menor.

PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:
DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Modalidad prestacional a brindar:					
Jornada Simple	Jornada Doble	Categoría	A:	B:	C:
Alimentación	Si	No	Dependencia	Si	No
Período			Año		

Monto mensual

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio de la prestación:	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO RESPONSABLE INSTITUCIÓN

CONSENTIMIENTO POR PRESTACIÓN

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

.....

.....
FIRMA, Y ACLARACIÓN DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE, DNI