

ANEXO 4: PRESUPUESTO TERAPIAS INDIVIDUALES Y CONSENTIMIENTO

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

PRESUPUESTO TERAPIAS INDIVIDUALES

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

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:
DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / Especialidad:	
Período:	Año:
Cantidad de sesiones mensuales:	
Monto por sesión:	Monto mensual:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido:	
Teléfono:	Email:
CUIT:	
Domicilio de la prestación	

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO PRESTADOR

CONSENTIMIENTO POR PRESTACIÓN

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

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