

Programa de discapacidad

Documentación General

PRESUPUESTO - PRESTACIONES ANEXAS - FORMULARIO 9

A quien corresponda:

Fecha: ____ / ____ / ____

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

DE

Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

CUIT: _____ Mail: _____

Prestación/especialidad: _____

Período prestacional: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____

Valor de la prestación \$ _____ Monto mensual \$ _____

PARA

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (DETALLAR TRATAMIENTO/S Y HORARIOS)

Tto.	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde - hasta)							

Firma y sello del prestador

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Claración: _____ DNI: _____

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.