

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

PRESUPUESTO – CONFORMIDAD – FORMULARIO 5

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT. _____

Domicilio de atención: _____ Localidad _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____ Edad: _____

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

Prestación/especialidad (*completar según nomenclador - mecanismo de integración*): _____

Período y año prestacional: (*desde – hasta – según año calendario*): _____

Jornada: Simple Doble

Monto mensual \$ _____ Categoría: A B C

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios (Desde – hasta)					

Firma y sello del responsable de la Institución

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: _____

Aclaración: _____ DNI: _____