

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

PRESUPUESTO-CONFORMIDAD -FORMULARIO 06

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT: _____

Domicilio de atención: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____

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

Período prestacional (*mes y año desde – mes y año hasta*) _____

Jornada: Simple Doble

Dependencia: Si No

Monto mensual \$ _____ Categoría: A B C

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
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: _____