

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – MEDIFÉ
PRESTACIONES EDUCATIVO TERAPEUTICAS

Fecha: ____ / ____ / ____

PRESUPUESTO**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

DATOS DEL PRESTADOR

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

No convenido

☐

Convenido

☐

N° de convenio: _____

Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ E-mail: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / especialidad: _____

Período y año prestacional: _____

Jornada: Simple / Doble

Horario: _____ Dependencia: Si / No

Categoría: A / B / C

Monto mensual: \$ _____

Cronograma de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

Firma y sello del responsable de la institución: _____