

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - REHABILITACIÓN

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: _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ E-mail: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período y año prestacional: (indicar año y mes desde – hasta): _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad sesiones por mes: _____

Monto por sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

Cronograma de asistencia

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

Firma y sello del responsable de la institución: _____