

## PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESTACIONAL

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: Sí  No

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder: \_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del prestador:

Aclaración:

Sello: