OSPADEP

PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO

Lugar: ..... **Fecha:** ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

A quien corresponda:
Le hacemos llegar el siguiente presupuesto.

De:

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Teléfono Celular: .....

Número de CUIT: ..... Ingresos Brutos: .....

Condición frente al IVA: ..... Póliza Nº: .....

Prestación / Especialidad: .....

Período prestacional: .....

Tipo de jornada: (Completar en caso de escolaridad) .....

Monto Mensual: **$** .....

Dependencia: SI ☐ NO ☐ (sólo en casos de CET – Centro de día - Hogar)

Para:

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar lo que corresponda) LC☐ DNI☐ LE☐ PAS☐ Nº .....

Edad: .....

Cronograma de Asistencia:

Nombre y apellido: .....

Día	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado
Horario	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.	de ..... hs. a ..... hs.

(Indicar el / los días y horario / horarios de asistencia a la prestación)

.....

Firma y sello del Responsable

Conformidad

Por la presente dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: .....

DNI: .....

..... Aclaración: .....

Firma Beneficiario o representante DNI firmante: .....

Lugar y fecha: .....

* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.