



RNOS 1-2240-1 -AV. CARABOBO 217  
TEL:(011) 4632-6617/516- (CP1406) CABA  
[discapacidad@oseiv.com.ar](mailto:discapacidad@oseiv.com.ar)

FORMULARIO 11.1

## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Prestación / Especialidad: \_\_\_\_\_

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

Razón social del prestador/a: \_\_\_\_\_

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

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

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

Apellido y nombre 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)

Recordar que se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

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

\*Adjuntar datos bancarios (CBU)

Firma del prestador/a: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_