OSEIV
Obra Social Empleados de la Industria del Vidrio

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

INSTITUCIONES/PROFESIONALES

Fecha de Emisión: ___/___/_____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: ___/___/_____ hasta: ___/___/_____

Almuerzo: Sí [ ] - No [ ]

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí [ ] - No [ ]

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____

Monto por Sesión: _____

Monto Mensual: _____

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 y sello: _____

Aclaración: _____