

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2024

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

| Día | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|----------------|---------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| Horario | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: |

Prestador/a

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador/a de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello