

OBRA SOCIAL CERAMISTA

Doblas 629-CABA – TEL : 4921-0906

Email: discapacidad@osce.com.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

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.

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 y Aclaración del Prestador.