



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES

Ver 3 30082022

Fecha: ..... / ..... / .....

**Prestador:** .....

Domicilio de atención: .....

Localidad: ..... Provincia .....

N° de CUIT: .....

Teléfono: .....

Mail: .....

**Modalidad Prestacional a brindar:** .....

Si es institución Tipo de jornada: SIMPLE / DOBLE <sup>1</sup> Categoría: .....<sup>2</sup>

Si es prestación en consultorio .....<sup>3</sup> sesiones semanales

Valor sesión \$ .....

**Periodo prestacional:** Desde el mes de ..... hasta el mes de ..... del año .....

Posee dependencia: SI / NO <sup>4</sup>

Monto mensual de prestación \$ .....

| Días    | Lunes                        | Martes                       | Miércoles                    | Jueves                       | Viernes                      | Sábado                       |
|---------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Horario | De .....<br>hs a<br>..... hs | De .....<br>hs a<br>..... hs | De .....<br>hs a<br>..... hs | De .....<br>hs a<br>..... hs | De .....<br>hs a<br>..... hs | De .....<br>hs a<br>..... hs |

### Datos del paciente:

Nombre y Apellido: .....

N° de DNI: ..... Edad: ..... Sexo: .....

.....  
(Firma y sello del prestador o representante de la institución)

(1) En caso de instituciones tachar lo que NO corresponda

(2) En caso de instituciones indicar la categoría del Centro

(3) En caso de profesionales individuales indicar la cantidad de sesiones

(4) Tachar lo que NO corresponda. En caso de que requiera dependencia debe acompañarse tabla FIM