

**PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE APOYO - Ver 0 03/09/2018**

**Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA**

**Fecha:**

**Prestador:**

**Domicilio de atención**

**Teléfono:**

**N° de CUIT:**

**Prestación / Especialidad:**

**Periodo prestacional:**

**Cantidad de sesiones mensuales:**

**Valor de la prestación \$ ..... Monto mensual de la prestación: \$.....**

**y Total Anual de la prestación: \$ .....-**

**Beneficiario de la prestación:**

**Nombre y Apellido: .....**

**N° de DNI: .....**

**Edad: .....**

**Sexo: .....**

<b>Días</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Horario</b>	De ..... hs a ..... hs	De ..... hs a ..... hs	De ..... hs a ..... hs	De ..... hs a ..... hs	De ..... hs a ..... hs	De ..... hs a ..... hs

.....

.....

*(Firma y sello del profesional responsable)*