**ANEXO 3**

**PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES INDEPENDIENTES**

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: ….………………………………………………………………………………………………….…..….

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: ……………………………………………………………………………….….……….

DNI Nº: ……………………………………………………………………………………………………………………….………………………

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD: ……………………………………………………………………………………………………….….….

PERÍODO: DESDE ………………..……………………………… HASTA:………………………………………………DE 2.0….…....

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: ………………….. CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES: …………………

MONTO POR SESIÓN: $ …………………………………………………………………………………………………………..….……….

MONTO MENSUAL: $ ………………………………………………………………………………………………………………….….…….

PRESTADOR:………………………………………………………………Mat. PROFESIONAL: ………………………………………….

DOMICILIO DEL CONSULTORIO DE ATENCIÓN: ……………………………………………………………………………………….

TELÉFONO: ………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

E-MAIL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

Nº CUIT: ………………………………………………………………………………………………………………………………..….………..

Nº INGRESOS BRUTOS: ……………………………………………………………………………………………………………..…………

CONDICIÓN FRENTE AL IVA: ……………………………………………………………………………………………………………....

CHEQUE A LA ORDEN DE: …………………………………………………………………………………………………………………….

Nº DE CUENTA (OPCIONAL): adjuntar formulario de solicitud de Acreditación en Cuenta Bancaria.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Y HORARIO:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |

Firma y aclaración/ Sello del profesional