**ANEXO 5**

**PRESUPUESTO PARA COBERTURA DE**

**Acompañante terapéutico**

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

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

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

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

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

CANTIDAD DE HORAS DIARIAS: ………..…………………………………………………..…………………………………….……….

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES: ……………………………………………………………………………………..………….…….

MONTO POR HORA: $ ……………………………………………………………………………..………………………………..….……….

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

DOMICILIO DE ATENCIÓN: …………………………………………………………………………………………………….……..…….

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

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

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

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

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

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

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Y HORARIO:

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

Firma y aclaración del profesional