

ANEXO 8

DISCAPACIDAD • INTEGRACIÓN ESCOLAR • PLAN DE TRATAMIENTO • CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión:

Beneficiario (Apellido y Nombre COMPLETO):

Tipo y N° de Documento:

Razón Social del Prestador: CUIT:/...../.....

Prestación a brindar:

Monto mensual (\$)

Periodo Desde 20 Hasta 20

Domicilio de atención:

Localidad: Provincia:

Plus Zona desfavorable: % \$

Teléfono/s fijos y cel.: E-mail:

Condición frente al I.V.A.:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábados |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Horario | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: | De: A: |

Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud.

Firma responsable
de la institución:

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario: DNI:

Firma beneficiario
o representante:

Aclaración y
DNI firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:/...../.....