

**Anexo 5**

Fecha de emisión:

**PRESUPUESTO 2024**

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

**Cronograma de asistencia**

| <b>Día</b>     | <b>Lunes</b>  | <b>Martes</b> | <b>Miércoles</b> | <b>Jueves</b> | <b>Viernes</b> | <b>Sábado</b> |
|----------------|---------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| <b>Horario</b> | De:<br><br>A: | De:<br><br>A: | De:<br><br>A:    | De:<br><br>A: | De:<br><br>A:  | De:<br><br>A: |

**Prestador/a**

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador/a de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello