

Anexo 3

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión:..... /..... /.....

Razón social del prestador:CUIT:

Numero de prestador.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto:Teléfono:

Beneficiario:DNI:.....

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:.....Categoría:

Período: desde:.....hasta:.....

Almuerzo: Sí No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador