

## **PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de emisión: .....

Razón social del Prestador .....

C.U.I.T.: .....

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

.....

Correo electrónico de contacto: .....

Teléfono: .....

Beneficiario: .....

D.N.I.: .....

Modalidad prestacional a brindar:.....

Tipo de jornada a realizar: .....

Categoría: .....

Período: Desde.....mm/aa Hasta.....mm/aa

### **En caso de corresponder:**

Dependencia: SI - NO

Almuerzo: SI - NO

Matrícula anual: .....

Monto mensual: .....

Cantidad de sesiones mensuales ..... Monto por sesión: .....

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

<b>Días</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
<b>Horario</b>	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador, con número de matrícula.

.....