

FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR

1. Beneficiario Titular	
Nombre / Razón Social	
CUIT:	Nº Acreedor/Proveedor:
Correo Electrónico	
Domicilio	
Código postal	
Localidad	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
<p>En caso de Poseer convenio con SanCor Salud completar los siguientes datos:</p> <p>Convenio por prestaciones en Discapacidad: Si..... No</p>	

CONSENTIMIENTO BILATERAL

Consentimos que se lleve a cabo la prestación
.....
.....

FECHA:				(1)
--------	--	--	--	-----

Brindada por
a mi hijo
desde el / / entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica/ transporte.

.....
Firma del Padre / Madre o Tutor

.....
Aclaración

.....
Tipo y Nº de Documento

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica / transporte que brindamos a
.....
Y que se han contestado todas las preguntas sugeridas por los Padres o Tutores en torno a la misma.

.....
Firma y sello con matrícula del Profesional o firma y sello del Representante Legal de la Institución o firma, aclaración y DNI del Titular del Transporte o firma y sello del Representante Legal de la Empresa (según corresponda).

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES

(Centro día, Hogares, etc.)

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión: _____ FECHA:

Datos del Asociado

Nombre y Apellido: _____ N° DNI:

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar _____

Tipo de jornada a realizar: **Simple** **Doble** **Reducida** **Categoría** **A** **B** **C**

Incluye almuerzo **Si** **No** Dependencia **Si** **No** \$

Monto Mensual \$ **Período** Desde Hasta Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido _____

Domicilio REAL donde se brindará la prestación _____

Teléfono: E-mail: _____

CUIT N° N° Ingresos Brutos _____

Condición frente al IVA: _____

Cronograma de Asistencia

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los días y Horarios Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y
Sello del Profesional

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

Datos del Beneficiario

FECHA:

--	--	--

 (1)

Nombre										Apellido											
Nº de Beneficiario										Tipo Doc.		Nº Documento						Edad		Sexo	

Datos Prestación

Prestación / Especialidad:

Período Desde: Hasta: Año:

Modalidad:

.....

.....

.....

.....

Abordaje:

.....

.....

.....

.....

Objetivos:

.....

.....

.....

.....
FIRMA DE LOS PROFESIONALES
.....

.....
FIRMA DE LOS PADRES
.....

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.