

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 PROFESIONALES AMBULATORIAS

(Kinesiología, Fonaudiología, Psicología, Terapia ocupacional, etc.)

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión: _____ FECHA:

Datos del Asociado

Nombre y Apellido: _____ N° DNI:

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: _____

Período **Desde** **Hasta** **Año**

Cantidad de Prestaciones mensuales Monto por Prestaciones \$ Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social _____

Domicilio REAL donde se brindará la prestación _____

Teléfono: E-mail: _____

CUIT 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