

PRESUPUESTO CENTRO DE DÍA/ CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO/ HOGAR/ HOGAR CON CENTRO DE DÍA/ HOGAR CON CET/ ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Sres Ospit (Textiles)

Fecha de emisión:

Prestador:

Domicilio de atención:

Provincia/Localidad:.....

Teléfono de Contacto:(.....).....
Prefijo

Mail de contacto:

Condición Frente IVA: Monotributista Responsable Inscripto Exento

N.º CUIT:

Beneficiario/a:DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Categoría:Tipo de jornada a realiza:.....

Periodo desde:Hasta:

Dependencia: SI..... NO.....

Incluye almuerzo: SI..... NO..... Cantidad de días:.....

Monto por día de almuerzo:..... Monto mensual:.....

Monto Mensual sin dependencia:.....Monto mensual con Dependencia:.....

Cronograma de asistencia: Indicar el horario en cada asistencia (Excluyente)

Días / horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y Sello de la institución

