

PRESUPUESTO MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Señores Ospit (Textiles)

Fecha de emisión:

Prestador:

Provincia / Localidad:

Teléfono de Contacto:(.....)
Prefijo

Mail de contacto:

Condición Frente a IVA: Monotributista Responsable Inscripto Exento

N.º CUIT:

Beneficiario:DNI:

Prestación a Brindar:

Nombre completo de la Institución educativa común:

Domicilio donde se brindara la prestación:

Turno escolar:

Periodo desde: Hasta: Año 2026

Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: Colocar los horarios de atención.

Días / horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma y Sello del Profesional

