

PRESUPUESTO PARA PRESTADORES INDIVIDUALES

Obligatorio completar todos los campos

Sres. O.S.P.I.T (TEXTILES)

Lugar y Fecha de emisión.....

Datos del Prestador

Nombre y Apellido

Domicilio donde se brindará la prestación

Localidad.....Provincia.....

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

Mail.....

Nro. CUIT

Condición Frente IVA: Monotributista Responsable Inscripto Exento

Datos Del Beneficiario

Nombre y Apellido del Afiliado

N.º de DNI Afiliado:.....Edad.....

Prestación/especialidad:.....

Período Desde.....Hasta.....Año 2026

Cantidad de sesiones semanales

Cantidad de sesiones mensuales

Monto por sesión \$..... Monto mensual \$.....

Cronograma de asistencia: Colocar horarios de las sesiones.

Días/horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma y Sello del Profesional