

Presupuesto Centro de Rehabilitación – MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

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: DNI.....

Modalidad de prestación a brindar : Rehabilitación Módulo Integral  Simple
 Intensivo

Monto Semanal: Monto Mensual:Desde.....Hasta..... Año 2026

Cronograma de asistencia: Indicar Cantidad de Sesiones, el horario (Desde -Hasta) en cada día de asistencia

TERAPIAS	Cantidad de Sesiones	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Psicopedagogía							
Terapia Ocupacional							
Psicología							
Kinesiología							
Fonoaudiología							
Psicomotricidad							
Musicoterapia							

Firma y Sello de la institución

