IOSFA
Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad

F2

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN
Hospital de día - Estimulación temprana - Estimulación visual

Lugar de emisión | Fecha

Datos del beneficiario

Apellido y nombre | Tipo y N° Doc

Tel. | E-mail

Diagnóstico

FIM Si ☐ (Adjuntar) No ☐

Datos de la prestación

Modalidad

Período: *Desde* *Hasta* *Año*

Módulo integral: Simple ☐ Intensivo ☐ (según corresponda)

Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ Doble ☐ (según corresponda)

Cantidad de sesiones semanales y mensuales | Monto por sesión $

Monto mensual $ | Valor del módulo $

Datos del prestador

Apellido y nombre/Razón social | CUIT

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: Calle

Localidad | Provincia

C.P. | Tel. | E-mail

Cronograma de asistencia

Días y horarios	*Lunes*	*Martes*	*Miércoles*	*Jueves*	*Viernes*	*Sábado*
Desde						
Hasta						

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por la Institución/Profesional.
Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde):

_____

_____

Firma y sello del Prestador