

## Presupuestos de Prestaciones Institucionales / Educativas

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Fecha

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Nº DNI

Nº de CUIL

### Datos del Prestador

Modalidad Prestacional a Brindar \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar Simple  Doble  Reducido  Permanente  Categoría A  B  C

Incluye almuerzo Sí  No  Incluye Dependencia Sí  No

Monto Mensual \$  Período Desde  Hasta  Año

### Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

**Domicilio REAL** donde se brindará la prestación \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono  Email \_\_\_\_\_

CUIT Nº  Condición frente al IVA \_\_\_\_\_

Cheque a la orden de \_\_\_\_\_

CBU nº 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Cronograma de Asistencia

Días y horarios **LUNES - MARTES - MIERCOLES - JUEVES - VIERNES - SABADOS**

Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

Firma, Aclaración y Sello  
de la Institución / Prestador