

**ANEXO: 6**  
**PRESTACIONES DE APOYO – ESTIMULACION TEMPRANA**  
**MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO**  
**CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI:

Nro. Beneficiario:

Teléfono y Mail de contacto:

Razón Social del Prestador:

Domicilio de Atención:

Localidad / Provincia:

Teléfono:

Mail de Contacto:

<b>Prestaciones/Especialidades( según Mecanismo Integración)</b>
<b>Cantidad Sesiones:</b>
<b>Monto Sesión (\$) :</b>
<b>Monto Mensual (\$) :</b>

Periodo Ciclo Lectivo. Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**Cronograma de Asistencia:**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario
<b>Especialidad</b>					

**Observaciones:**

**CBU (adjuntar Comprobante) (VER ANEXO 11)**

**IMPORTANTE:** Las facturas deben ser presentadas en tiempo y forma, antes del 10 de cada mes en la OSPIM CENTRAL.

Una vez recibido el pago es condición obligatoria presentar el recibo correspondiente para el cobro del siguiente pago.

Firma y Sello Responsable Institución

Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al:

Beneficiario:

DNI:

Firma del Beneficiario o Responsable

Aclaración

Lugar y Fecha de Consentimiento