

Anexo XI - Presupuesto para Presentar en IAPOS

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Razón Social o Denominación: _____

Nombre y Apellido del/los titular/es de la Institución: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

C.P: _____ Teléfono: _____ CUIT: _____

N° inscripción Ingresos Brutos: _____ N° Habilitación Municipal: _____

N° Resol. Habilitante (adjuntar copia): _____ Situación en IVA: _____

Fecha inicio actividad: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del Afiliado-Paciente: _____

_____ DNI: _____

Nombre y Apellido del Responsable del paciente: _____

_____ DNI: _____

Dirección, localidad, provincia: _____

_____ Teléfono: _____

Concepto o detalle de la prestación: _____

Fecha de ingreso estimada según disponibilidad: ____ / ____ / ____

COSTO MENSUAL: \$ _____ son pesos (letras): _____

Mes y Año presupuestado: _____

Mantenimiento de la oferta (mínimo 30 días): _____



Forma de pago: mes vencido, a 30 (treinta) días fecha de presentación factura.

La Institución utiliza FACTURA B / C (tachar lo que no corresponda) según normas AFIP. En caso de utilizar Factura B, se exigirá RECIBO X, según normas AFIP.

CBU de la Institución: _____

Observaciones: si lo autorizado por IAPOS es inferior al monto de este presupuesto, la diferencia es a cargo del afiliado de la Obra Social o Responsable del paciente, según corresponda.

Nota: presentar el presupuesto en original y copia (Original para el IAPOS, copia para el interesado), ambos deberán contener el Sello de recepción del IAPOS.

Firma del afiliado o responsable del paciente: _____

Aclaración: _____

Firma responsable de la Institución: _____

Sello o aclaración: _____