



## PRESUPUESTO DE TRATAMIENTO

\*Profesionales por cuenta propia:

D./D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_, con N.I.F. nº: \_\_\_\_\_,  
de Profesión \_\_\_\_\_ nº de Colegiado/a: \_\_\_\_\_ y con domicilio  
profesional en: \_\_\_\_\_

Tfno: \_\_\_\_\_

\*Empresas o Entidades

D/D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_, con D.N.I., nº \_\_\_\_\_

En su condición de (Gerente, director/a, profesional,...) \_\_\_\_\_

De la empresa /entidad \_\_\_\_\_

Con C.I.F. nº: \_\_\_\_\_ y con domicilio profesional  
en: \_\_\_\_\_

, Tfno: \_\_\_\_\_

**DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD**, en relación a su paciente (apellidos y nombre), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad:

Que durante el presente año 200\_, se está impartiendo el tratamiento de:

Psicomotricidad

Logopedia

Psicoterapia

Fisioterapia

Fecha de Inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha prevista de finalización: \_\_\_\_\_

Coste por sesión: \_\_\_\_\_

Duración de cada sesión: \_\_\_\_\_

Nº de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL de los servicios prestados durante el año: \_\_\_\_\_ euros.

\*(Imprescindible adjuntar el programa de tratamiento)

Y para que conste, a efectos de solicitud de Ayuda ente el Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, firma la presente Declaración en :

Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

(FIRMA)

(SELLO)