

Presupuesto Odontológico

Consultorio: _____ · RIF: _____ · Tel.: _____

Presupuesto N.º: _____
Fecha: ____ / ____ / ____
Válido hasta: ____ / ____ / ____

Paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono / WhatsApp: _____ Odontólogo(a): _____

TRATAMIENTOS

#	Pieza	Tratamiento	Cant.	Precio unit. (USD)	Total (USD)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Subtotal (USD)	
Descuento	
Total (USD)	
Tasa BCV del día (Bs/USD)	
Total en bolívares (referencial)	

FORMA DE PAGO

Métodos aceptados:

Efectivo USD ☐ Bolívares ☐ Pago móvil ☐ Transferencia ☐ Zelle ☐ Binance ☐ Otro ☐ _____

Inicial / abono: _____ Cuotas (n.º y monto): _____

CONDICIONES

1. Los montos están expresados en dólares estadounidenses. Los pagos en bolívares se calculan a la tasa oficial del BCV del día del pago.
2. Este presupuesto es válido hasta la fecha indicada. Pasada esa fecha, los montos pueden actualizarse.
3. El plan puede modificarse si durante el tratamiento surgen hallazgos que no eran visibles en la evaluación inicial; cualquier cambio se informará antes de realizarlo.
4. No incluye tratamientos, estudios o trabajos de laboratorio que no estén detallados arriba.

OBSERVACIONES

Acepto el presupuesto · Firma del paciente · C.I.

Firma y sello del odontólogo(a)