

SERVIZI SOCIO SANITARI VAL SERIANA srl

Viale Stazione, 26/a 24021 Albino (BG)

Tel. 035 75.97.07 - Fax 035 75.96.36 e-mail:direzione@ssvalseriana.org

EROGAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

VOUCHER Nr. _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO	Cognome _____ Nome _____ data nascita _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Residente a _____ Via _____ tel _____ Codice fiscale _____ e.mail _____
	<input type="checkbox"/> Ore settimanali: nr. _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> Nuova attivazione <input type="checkbox"/> Proroga <input type="checkbox"/> Cambio profilo
FAMILIARE/UTENTE	Il sottoscritto(familiare/diretto interessato/A.d.S.) <input type="checkbox"/> Quota oraria della prestazione € 21,50 + IVA <input type="checkbox"/> tenuto conto del reddito ISEE, allegato quota voucher oraria€ <input type="checkbox"/> non presenta ISEE quota voucher oraria massima.....€ dal regolamento, si impegna al pagamento della quota oraria comprensiva di IVA di <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">€ _____</div> Il richiedente, visto l'elenco degli enti accreditati, sceglie per l'erogazione del servizio: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bergamo Sanità IVA 5% <input type="checkbox"/> Città del Sole IVA 5% <input type="checkbox"/> Fondazione Honegger RSA Albino IVA esente <input type="checkbox"/> Generazioni IVA 5% <input type="checkbox"/> Itineris IVA 22% <input type="checkbox"/> Serena IVA 5% la fattura dovrà essere intestata a _____ recapito _____ C.F. _____ Firma _____
	Il sottoscritto si impegna al pagamento della fattura tramite: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BONIFICO <input type="checkbox"/> MAV <input type="checkbox"/> RID su IBAN _____ (27 caratteri) Firma _____
A CURA DEL	AUTORIZZAZIONE SOCIETA' <input type="checkbox"/> AUTORIZZO <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO <input type="checkbox"/> ALTRO Firma _____
A CURA DELL'ENTE ACCREDITATO	L' Ente accreditato _____ si impegna a fornire le prestazioni previste dal Profilo Individualizzato del beneficiario e a comunicare alla Servizi Sociosanitari Val Seriana e al Servizio Sociale Comunale ogni eventuale cambiamento Firma _____

