

**SERVIZI SOCIOSANITARI 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	
	€ _____	
	Il richiedente, visto l'elenco degli enti accreditati, sceglie per l'erogazione del servizio:	
	<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:		
<input type="checkbox"/> BONIFICO		
<input type="checkbox"/> MAV		
<input type="checkbox"/> RID su IBAN _____	(27 caratteri)	
	Firma _____	
A CURA DEL SOCIETÀ	<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 _____	