



### MODEL FACTURACIÓ

Núm. Factura:

Data:

Nom entitat:

NIF/CIF:

Adreça:

Tel:

Correu:

**ACTIVITATS REALITZADES DE PRESTACIÓ DEL SERVEI MUNICIPAL D'ASSISTÈNCIA PERSONAL DURANT EL MES DE .....**

Codi de contracte:

Òrgan de contractació:

Consell Rector de l'Institut Municipal de Persones amb discapacitat

Departament econòmic:

Institut Municipal de Persones amb discapacitat

Departament destinatari:

Departament de Serveis de Vida Independent

Núm. Expedient

persona usuària (tres inicials)

Nre. d' hores de servei d'assistència personal

IMPORT = HORES \* PREU UNITARI

Núm. Expedient

persona usuària (tres inicials)

Nre. d' hores de servei d'assistència personal

IMPORT = HORES \* PREU UNITARI

Núm. Expedient

persona usuària (tres inicials)

Nre. d' hores de servei d'assistència personal

IMPORT = HORES \* PREU UNITARI

**Total hores del mes de servei prestat d'assistència personal**

**TOTAL NET**

TOTAL HORES DE SERVEI \*PREU UNITARI

%IVA repercutit o IVA Exempt

TOTAL NET \* %IVA

**TOTAL FACTURA**

TOTAL NET + IVA repercutit

Signatura electrònica: