Home Care Premium 2014

Allegato "C" - Decreto n. 96 del 25/05/2015

Sesto Fiorentino, _____

Spett.le Ditta
_____
_____
_____

Oggetto: Prestazioni integrative progetto "Home Care Premium 2014" INPS gestione ex INPDAP

Come da accordi intercorsi, con la presente siamo a comunicarVi che l'INPS gestione ex INPDAP tramite la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest ha concesso a:

Sig./Sig.ra _____

residente in _____(prov. _____)

via/piazza_____n. _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

la somma di € _____ (pratica n._____) per :

AUSILIO

DOMOTICA

ALTRO SUPPORTO

Siamo pertanto a richiederVi di emettere fattura intestata al Sig./Sig.ra _____ specificando, quale causale, "Prestazioni integrative progetto Home Care Premium 2014".

La fattura dovrà essere inviata alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, via Gramsci n. 561, 50019 Sesto Fiorentino (FI), per posta oppure fax (n. 0556930223) oppure posta certificata (direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it).
Una volta ricevuta la fattura, la Società della Salute provvederà al pagamento dell'importo riconosciuto dal Progetto Home Care Premium, tramite bonifico bancario sul conto corrente da Voi indicato, contestualmente al ricevimento del contributo da parte dell'INPS gestione ex INPDAP e - comunque – entro 90 gg. dal ricevimento della fattura stessa.

Società della Salute Fiorentina Nord Ovest
Responsabile Sper il progetto HCP
Dr.ssa Laura Zecchi