

C.D.C.PRIV.VILLA SERENA SRL
V.LE L.PETRUZZI 42

65013 CITTA' S.ANGELO (PE)
P.Iva 01220790685 C.F. 01339360065
Codice

Spett.le
COMUNE DI TOSSICIA

Contrada Piano Dell'Addolorata
64049 TOSSICIA (TE)

P.Iva C.F. 80000370678

Fattura VA/257 del 03-08-2020	Protocollo 2547 del 04-08-20	Pag. 1 di 1
-------------------------------	------------------------------	-------------

FATTURA

Articolo	Descrizione	UM	Quantita'	Prezzo unitario	Sconto	Importo	Aliq. Iva
	RSA QUOTA RSA A VOSTRO CARICO	N	1,000	7.241,000000		7.241,00	N4

Arrotondamento	Bollo	2,00	Ritenuta	Imponibile merce	7.241,00
----------------	-------	------	----------	------------------	----------

Riepilogo Iva					
C.	Descrizione	%	Imponibile	Iva	Es.
N4	Esenti		7.241,00		

Imponibile	7.241,00
Imposta	
Totale	7.241,00
Netto a pagare	7.241,00

Modalità pagamento	Scadenza	Banca
Bonifico	03-09-2020	

IBAN
IT20R0542477251000000131274

Tabella 2 - Allegato alla fatturazione dei costi relativi alla compartecipazione dei Comuni per le prestazioni socio-sanitarie

Denominazione struttura: **Casa di Cura Villa Serena Rsa Azurra**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O
Nome e cognome assistito	Data di nascita	Luogo di nascita	Data inizio presa in carico (gg/mm/aaaa)	Stato anagrafico utente	Tipologia Struttura ospitante	Regime	Codice Quota	Numero giorni totali di degenza	Totale Quota Sanitaria a carico del S.S.N.	Quota Sociale giornaliera in euro	Totale Quota sociale	Quota a carico di familiari/utente o Comune versata alla struttura (Quota alberghiera)	Totale Quota Sociale netta fatturata a carico del Comune
Mancini Dino	11/05/1934	Toscia	27/04/2018	Anziano Oltre65	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Residenziale	B 8	338	€ 54,09	€ 54,09	€ 18.282,42	€ 11.041,42	€ 7.241,00
Totali											€ 18.282,42	€ 11.041,42	€ 7.241,00

Legenda:

- A** Indicare la generalità dell'assistito
- B** Indicare data di nascita dell'assistito
- C** Indicare il luogo di nascita dell'assistito
- D** Indicare la data di presa in carico da parte della struttura ospitante
- E** Indicare se l'utente è: minore di anni 18, adulto, anziano ultrassessantacinquenne
- F** Indicare la tipologia della struttura fra le seguenti: Struttura di riabilitazione ex art. 28; Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA); Residenza Assistenziale (RA); Struttura socio-riabilitativa a più alta intensità (All. B DGR 87/2001); Struttura socio-riabilitativa a minore intensità (All. C DGR 87/2001).
- G** Indicare il regime: residenziale o semiresidenziale
- H** Indicare il Codice riferito alla tipologia di prestazione (ad esempio A.1. o C.1 o D.2, ecc), come riportato nell'allegata Tabella 1 sulle tariffe di compartecipazione delle prestazioni socio-sanitarie.
- I** Indicare il numero di giorni di degenza per il periodo relativo alla fattura emessa
- K** Indicare l'importo totale della quota sanitaria fatturata alla ASL competente per territorio per il periodo relativo alla fattura emessa
- L** Indicare l'importo giornaliero della quota sociale in Euro, come riportato nell'allegata Tabella 1
- M** Indicare l'importo totale della quota sociale (Numero giorni di degenza moltiplicato l'importo della quota sociale giornaliera)
- N** Indicare la quota che i familiari o l'utente o il Comune hanno versato alla struttura per la copertura della quota alberghiera (R.A. e R.S.A.) o, nel caso di Residenza ex art. 28, la quota di indennità di accompagnamento, se percepita, versata alla struttura per il periodo relativo alla fattura emessa
- O** Indicare il Totale della Quota Sociale fatturata a carico del Comune (Totale Quota Sociale meno le eventuali contribuzioni mensilmente versate alla struttura dalle famiglie/utenti e la eventuale quota già versata in precedenza alla struttura da parte del Comune di residenza)