supprimer la saisie

Vous pouvez remplir ce formulaire avec l'ordinateur: Pour ceci, veuillez sauvegarder le formulaire vierge sur votre ordinateur et ouvrez-le ici. Vous aurez besoin de la dernière version d'Adobe Reader (téléchargement gratuit: http://get.adobe.com/reader).

Assurance-invalidité

Facture destinée aux personnes assurées qui sont en réadaptation professionnelle

Date de la facture

Personne assurée

Nom, prénom

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Rue, N°

Numéro postal, lieu

Émetteur de la facture

Nom, prénom (s'il ne s'agit pas de la personne assurée)

Courriel, n° de tél. (en cas de questions)

Rue, N°

Numéro postal, lieu

Décompte

GLN (si disponible)

Numéro de communication / de décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, prénom du détenteur du compte (si ≠ émetteur de la facture)

Rue, N° du détenteur du compte

Numéro postal, lieu du compte

Date de la prestation fournie ou période de décompte (p. ex. s'il s'agit d'un cours dispensé)	Désignation de la prestation décomptée	Nombre	Chiffre tarifaire (voir communica-tion/décision)	Prix par unité	Montant en CHF

Total en CHF

Remarques/indications complémentaires

Veuillez envoyer le présent formulaire à l'office AI compétent.

Les originaux des factures doivent être joints à la présente facture.