

Facture Moyens auxiliaires servant à l'aménagement du poste de travail / à l'accomplissement des travaux habituels

Date de la facture _____

Assuré

Nom, Prénom _____

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré) _____

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Facturation

Numéro de la communication / décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Nom, Prénom du Titulaire de Compte _____

Adresse du Titulaire de Compte _____

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte _____

Moyens auxiliaires servant à l'aménagement du poste de travail, à l'accomplissement des travaux habituels, facilitant la scolarisation ou la formation ¹			
Type de remise:		<input type="checkbox"/> Première remise	<input type="checkbox"/> Remise ultérieure
	Date des prestations dispensées ou période comptable	Chiffre tarifaire	Montant en CHF
Computer/Laptop/Tablette, Software compris		914.131.1	
Dispositif FM	Sans piles	914.131.2	
Moyens auxiliaires pour les entreprises agricoles (Sièges de tracteur etc.) ²		914.131.4	
Sièges/lits/supports pour la position debout et surfaces de travail		914.131.5	
Autres moyens auxiliaires		914.131.6	

Total en CHF

La facture originale du fournisseur de prestations doit toujours être jointe au présent formulaire.

Pour les montants en devises étrangères, veuillez désigner la devise de façon claire.

Remarques éventuelles:

¹ Moyens auxiliaires techniques informatiques pour les aveugles (convention tarifaire)² Hors prêts auto-amortissables