

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 formation¹			
Type de remise:		<input type="checkbox"/> Première remise	<input type="checkbox"/> Remise ultérieure
		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