

[Nom du SAAD]

FACTURE

[Adresse]

[Code postal, Ville]

N° SIRET :

Téléphone :

FACTURÉ À

CONSEIL DEPARTEMENTAL
DIRECTION RESSOURCES DES POLITIQUES SOCIALES
Service Administratif et Financier - Unité Finances
1 PLACE DU QUARTIER BLANC
67000 STRASBOURG

N° DE FACTURE	DATE
	/ /2020
PERIODE FACTUREE	
Prestation facturée	Prêt de main-d'œuvre aux EHPAD

DESCRIPTION

Prise en charge du prêt de main-d'œuvre aux EHPAD selon l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020

Selon le calcul détaillé ci-dessous :

	Tarif horaire	Nombre d'heures	Total
Prêt de main-d'œuvre tarif de base	-		-
Prêt de main-d'œuvre tarif complémentaire	1,00		-
Soit total facturation			-

Détail des Heures réalisées par EHPAD (à préciser) :

Libellé de l'EHPAD	Nombre d'heures effectuées

TOTAL A PAYER

- €

Coordonnées bancaires à préciser ici
IBAN n°