

Denumire AFILIAT _____

CIF _____

PROIECT "RECUPERARE ONCOLOGICĂ"
DECONT CENTRALIZATOR

- ¹ ☐ Serviciilor de Kinetoteapie
☐ Serviciilor de Drenaj limfatic manual
☐ Serviciilor de Consiliere psihologică
☐ Serviciilor de Nutriție oncologică

NR CRT	NUME ȘI PRENUME BENEFICIAR	CNP BENEFICIAR	Număr factură	Data factură	Număr ședințe/ consultație	Cost unitar lei/ședință
1						
2						
3						
4						
5						
..						
..						
..						

Anexam:

- Fotocopie Factură per beneficiar privind serviciile prestate, cu mențiunea "Conform cu originalul";
- Fișe individuale de decont, în original, semnate de către beneficiari pentru serviciile de care a beneficiat în cadrul proiectului.

Reprezentant legal
(Nume și prenume, Semnatura și stampila)

¹ **Notă:** se va/vor bifa serviciul/serviciile decontat/e