**SOCIETA’ DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST**

**ALLEGATO D: RIEPILOGO BENEFICIARI PER FORNITORE
PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 – CIG: B35B0AE993**

*(Compilazione a cura dello Sportello HCP della Società della Salute Fiorentina Sud Est)*

**FORNITORE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sulla base delle scelte dei beneficiari del progetto HCP 2022, espresse attraverso la compilazione del modello “Scelta Beneficiario”, si trasmette a mezzo PEC l’elenco dei beneficiari autorizzati a recarsi dal fornitore sopra indicato per l’erogazione delle prestazioni integrative:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Nome e Cognome Beneficiario** | **Codice Pratica Identificativo HCP** | **Tipologia di prestazione integrativa** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

***NB: Si precisa che la Società della Salute Fiorentina Sud Est non riconoscerà i costi di prestazioni integrative erogate dal fornitore a beneficiari non indicati nel presente documento.***

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_