INSTITUT VALENCIÀ D'ATENCIÓ SOCIAL-SANITÀRIA

GENERALITAT VALENCIANA
Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

ANEXO II

PROPUESTA DE PRESUPUESTO EXTRAORDINARIO

DATOS DEL RESIDENTE

Nombre:
Propuesta Gasto extraordinario:
(Se adjunta presupuesto)

Nombre de la Residencia/Centro:
Domicilio: Población:
Teléfono: Fax:
Nombre del Director/Gerente:
Correo electrónico:

DATOS BANCARIOS DEL CENTRO DESTINATARIO DE LA TRANSFERENCIA PARA PAGO GASTO EXTRAORDINARIO

ES Código Banco: Código Sucursal: D.C. Nº Cta.
Nombre del Titular de la Cuenta:
NIF:

Se entenderán por gastos extraordinarios conceptos tales como: vestuario, gafas, dentista, viajes, campamentos, etc... Se debe adjuntar presupuesto/factura proforma para su valoración. Con posterioridad será obligatorio presentar factura original, para su abono.

Autoriza: SI NO

Fecha:
Firma del responsable del Centro / Trabajadora Social

Fecha:
Firma del responsable Tutelas