

# TARIFA DE PRECIOS

**Precios  
Incluido IVA<sup>(1)</sup>**

**Centros y Servicios Sociales en Extremadura**

**AÑO:**

CENTRO O SERVICIO: \_\_\_\_\_, NIF/CIF: \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_, Municipio: \_\_\_\_\_, Provincia: \_\_\_\_\_,

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_, Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

DIRECTOR/A - RESPONSABLE DEL CENTRO/SERVICIO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD TITULAR: \_\_\_\_\_, NIF/CIF: \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_, Municipio: \_\_\_\_\_, Provincia: \_\_\_\_\_,

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_, Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN: En Ayuda a Domicilio es obligatorio mostrar el servicio básico en el formato de PRECIO/HORA**

RELLENE EN ESTE CUADRO LOS  
CONCEPTOS QUE COBRA, INDICANDO LA  
MODALIDAD DE TARIFA SEGÚN EL DORSO.

Si tiene más de un servicio en un mismo  
centro (por ejemplo, residencia y atención  
diurna a externos) indique con títulos  
primero el precio de uno y después el  
precio del otro. Distinga el precio de la  
tarifa básica del precio de los servicios  
que cobre por separado titulando estos  
como servicios discrecionales.

- Esta Tarifa solo es efectiva mediante contrato individual y escrito con cada usuario donde se especifique el tipo de tarifa que se aplica.
- Esta Tarifa debe ser expuesta públicamente en el centro/servicio y se debe informar de ella a cualquier nuevo usuario.
- Esta Tarifa estará vigente hasta la nueva Tarifa Visada del próximo año o hasta que se sustituya por una modificación visada en el año en curso.
- En caso de producirse un cambio en los precios deberá comunicarse a los usuarios con, al menos, un mes de antelación.
- El centro/servicio deberá entregar al usuario recibo de las cantidades satisfechas.
- No se puede cobrar a ningún usuario cantidades económicas superiores a las que aparecen en esta Tarifa –ya sean dinerarias o en especie–, o cobrar por

Servicio/ **MODALIDAD DE TARIFA** /S.Discrecionales....  
(TRASLADE AQUÍ EL ESQUEMA AL DORSO):

**EUROS**  
(% en Tarifa  
Porcentajes)

**UNIDAD**  
(hora, mes...)

FIRMA, FECHA Y SELLO DE LA ENTIDAD

**VISADO POR LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**  
SERVICIO EXTREMEÑO DE PROM. DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA  
P.D. DIRECTORA GERENTE DEL SEPAD

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Fecha:

Jefe Unidad Control Act. Asistencial y Sist. de Información



	x	
--	---	--