

# 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.

1. Esta Tarifa solo es efectiva mediante contrato individual y escrito con cada usuario donde se especifique el tipo de tarifa que se aplica.
2. Esta Tarifa debe ser expuesta públicamente en el centro/servicio y se debe informar de ella a cualquier nuevo usuario.
3. 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.
4. En caso de producirse un cambio en los precios deberá comunicarse a los usuarios con, al menos, un mes de antelación.
5. El centro/servicio deberá entregar al usuario recibo de las cantidades satisfechas.
6. 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		
--	---	--	--