Système de vérification des saisies et des décomptes dans le cadre du contrat de prestations 2019 portant sur les soins à domicile

Déclaration spontanée attestant l’application de la liste de contrôle

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom du prestataire* |  |
| *Rue, NPA/localité* |  |

Prestataire de la catégorie A  B  C  D

*(selon le point 1 des dispositions générales du contrat de prestations 2019 portant sur les soins à domicile)*

* La présente déclaration spontanée doit être remise conformément au point 8.2 des conditions générales du contrat de prestations 2019.
* Le prestataire confirme avoir respecté le système de vérification contenu dans la liste de contrôle et englobé toutes les catégories de risques qui y figurent.
* La mise en œuvre est clairement consignée et les éventuelles mesures requises ont été prises.

|  |  |
| --- | --- |
| *(Lieu)*, le | *(Nom du ou de la prestataire)*  *(Prénom et nom des personnes habilitées à signer)*  *(Fonction)* |