

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ provisto/a con NIF n° \_\_\_\_\_, actuando en su nombre, o en su caso, en representación de la mercantil denominada \_\_\_\_\_ con CIF n° \_\_\_\_\_, domicilio en \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ y en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de 7 de febrero de 2013, de la Consejería de Salud y Política Social, por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia,

## CERTIFICA

Que los datos cumplimentados en el anexo que se adjunta, tanto en papel como en fichero informático remitido al email facturas.presteconom@salud-juntaex.es, son ciertos y fiel reflejo de las facturas emitidas e importes percibidos por esta empresa y de la situación contractual que se mantiene, por la prestación de nuestros servicios, con cada uno de los beneficiarios de las prestaciones económicas de la Ley de Dependencia que figuran relacionados en el anexo referenciado, y para el periodo \_\_\_\_\_ (indicar semestre y año a que corresponde).

Y para que así conste, firmo el presente certificado en \_\_\_\_\_ (localidad) con fecha \_\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_

(nombre y apellidos, firma y sello)