|  |  |
| --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité FribourgFacture Coaching |  |

 **Date de la facture :**

**Assuré**

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro AVS | 756. |
| Nom, prénom |  |
| Adresse |  |
| Numéro postal, lieu |  |
|  |  |
|  |  |

**Émetteur de la facture**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom (prestataire) |  |
| Adresse |  |
| Numéro postal, lieu |  |
|  |  |
|  |  |
| E-Mail, numéro de téléphone |  |

**Décompte**

|  |  |
| --- | --- |
| GLN (si disponible) |  |
| Numéro de la communication / décision | 310/ |
| IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) |  |
| Nom, prénom du titulaire de compte |  |
| Adresse du titulaire de compte |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de prestation** | **Période du - au** | **Chiffre tarifaire** | **Nombre en heures (report de la feuille annexe)** | **Montant unitaire en CHF** | **Montant en CHF** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Total en CHF** |  |       |

Visa de l'office AI Fribourg :