

# FORMULARZ ZMIANY SPOSOBU WYSTAWIANIA FAKTUR

## Dane Firmy:

Nazwa Firmy:.....

Adres siedziby:.....

NIP: .....umowa z dnia:.....

Zmiana sposobu wystawiania faktur dla umowy obowiązuje od 1 dnia następnego okresu rozliczeniowego po przesłaniu wypełnionego dokumentu do LUX MED.

## Czy dotyczy Jednostek Klienta:

I. TAK

II. NIE

## Prosimy o wybranie jednego z dostępnych sposobów wystawiania faktur abonamentowych:

### I. Ilość faktur:

a. Jedna faktura za wszystkie Pakiety

b. Dwie faktury w podziale:

#### OPCJA 1

1. Faktura za świadczenia medycyny pracy

2. Faktura za dodatkowe świadczenia pracowników oraz świadczenia dla członków rodzin osób uprawnionych

#### OPCJA 2

1. Faktura za świadczenia medycyny pracy oraz za dodatkowe świadczenia pracowników

2. Faktura za świadczenia dla członków rodzin osób uprawnionych

c. Trzy faktury w podziale:

1. Faktura za świadczenia medycyny pracy

2. Faktura za dodatkowe świadczenia pracowników

3. Faktura za świadczenia dla członków rodzin osób uprawnionych

d. Inne (wymaga akceptacji LUX MED):

### II. Sposób prezentacji danych na fakturach

a. 1 x wynagrodzenie zbiorcze **bez podziału** na rodzaj świadczeńb. 1 x wynagrodzenie zbiorcze **w podziale na rodzaj świadczeń**: świadczenia medycyny pracy, dodatkowe świadczenia oraz świadczenia dla członków rodzin (zależnie od zakresu Umowy)c. Ilość osób x cena pakietu **w podziale na rodzaj świadczeń**

**III. Informacje dodatkowe:**

Zakres	Treść
Opis pozycji na fakturze (jeśli inny niż standardowy)	
Nr zamówienia dla faktur ryczałtowych <sup>1</sup>	
Inne uwagi Klienta	

Prosimy o wskazanie dodatkowych informacji w zakresie wystawiania faktur FFS (płatnych za wykonane świadczenia):

Zakres	Treść
Nr zamówienia dla faktur FFS <sup>2</sup>	
Inne uwagi Klienta	

.....  
data.....  
miejsowość.....  
czytelny podpis Klienta / Pieczęć imienna

<sup>1</sup> Uzpełnić w przypadku, gdy numer zamówienia jest wymagany na fakturze

<sup>2</sup> Uzpełnić w przypadku, gdy numer zamówienia jest wymagany na fakturze