

Ersättning mot faktura

För Dig som utfört tjänst och som driver rörelse utbetalas ersättning (arvode) i enlighet med utfärdad faktura. Fakturan skall innehålla uppgifter enligt nedan. Därutöver skall till fakturan bifogas (vid första faktureringsstillfället varje år) kopia på F-skattebevis (F/A-skattebevis med villkor). F-skattsedeln skall skriftligen åberopas vid varje faktureringsstillfälle.

Betalning sker mot faktura 30 dagar netto, d v s 30 dagar efter fakturans ankomst till SRC.

Att tänka på vid fakturering

Av fakturan beträffande tjänst som utförts skall följande framgå:

- Fakturanummer, datum och förfallodag.
- Vem som utfärdat fakturan (fakturautställare = namn på firman, adress och organisationsnummer/registreringsnummer)
- Vem som köpt tjänsten (SRC:s fakturaadress, se nedan)
- Vem som utfört tjänsten (namn på leverantörens firma)
- Utförd tjänst, (t ex rehabvägledning),
- Datum för utförd tjänst samt vilken session och vilket behandlingstillfälle som avses
- SRC:s ärendenummer och klientens initialer.
- Överenskommet fakturabelopp.
- Vart betalning skall ske. Bankgiro/postgironummer i bolagets/firmans namn.
- Moms skall särredovisas om tjänsten inte är att betrakta som sjukvård. Om ej moms, hänvisa till relevant lagrum.
- Eventuellt avdrag för licens- eller försäljningsprovision skall specificeras
- Skriv en notering på fakturan när ett ärende avslutats eller när en aktuell tjänst inom ett ärende avslutas.

Fakturaadress

Samtliga fakturor skickas via E-plattformen

Besöksadress

Sophiahemmet Rehab Center AB
Ekonomiavdelningen
Valhallavägen 117 N
Box 3673
103 59 Stockholm

Ekonomiadministration

Jenny Bohman Tel: 08-534 804 50
Evelyn Johansson Tel: 08-534 814 91
Sevil Tornaci Tel: 08-534 81 492
Marie Hammargren Tel: 08-534 814 48
E-post: ekonomi@sophiahemmetrehabcenter.se

Fakturamall

Fakturadatum: xx/xx-xx

Fakturanummer: xx

Förfalldatum: xx/xx-xx

Leverantör

(Bolaget/firmanamn)

Adress

Postnummer + ort

Organisationsnummer/moms.reg nummer

Köpare

Sophiahemmet Rehab Center AB

Ekonomiavdelningen

Box 3673

103 59 STOCKHOLM

Er referens Vår referens Bet.villkor

Xxxxxxxx xxxxxxxxx 30 dagar

Datum för utförd tjänst	Ärendenummer	Klientens initialer	Debiterad tid	Utförd	
150901 /1	350000	HB	1 tim	nn nn	1 000
150906 /2	350000	HB	1 tim	nn nn	1 000
150915 /3	350000	HB	1 tim	nn nn	1 000
150925 /4	350000	HB	1 tim	nn nn	1 000
150930 /avslut	350000	HB	1 tim	nn nn	1 000

Summa: 5 000

Tillkommer moms (25%):

Totalt: 5 000

Postgironummer xxxxxxx

Bankgironummer xxxxxxx

Åberopar F-skattsedel i detta ärende (vid innehav av F/A-skattsedel)