

ANEXO A

RELACIÓN CERTIFICADA DE USUARIOS ADSCRITOS AL PROGRAMA DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA EN RÉGIMEN RESIDENCIAL

Don. _____, Gerente/ Director del Complejo Asistencial para la Atención Residencial a Personas con Trastorno Mental Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga

CERTIFICA

Que la relación de pacientes acogidos de forma residencial en el Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga y que son objeto de subvención por parte de la Consejería de Bienestar Social de la Ciudad de Melilla correspondiente al mes _____ del año 2017 son los siguientes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	OTROS GASTOS (€)	COSTE PLAZA A REPERCUTIR (€)
1			
2			
3.			
4.....			
5			
Total usuarios			Importe total

Lo que certifico a los efectos de..... en Málaga a ____ de: ____ de 2017

Sello y firma de la Entidad Sanitaria