

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

Direttore Sanitario: Dott. [REDACTED] iscr. Ordine di Roma [REDACTED]
VIALE [REDACTED] ROMA
TEL. 06 [REDACTED] - 06 [REDACTED]
PRONTO SOCCORSO NOTTURNO E FESTIVO
P.IVA [REDACTED]

Cliente:

FATTURA N.: [REDACTED]
DEL 29/08/2007

GAGLIARDI ALFREDO
[REDACTED]
[REDACTED] Roma -

nato il [REDACTED] a ROMA

Codice Fiscale: [REDACTED]

Partita IVA:

Prestazione:

Quantita': Imponibile Tariffario: Sconto o maggiorazione:

⊙ --ACCONTO RICOVERO

	Imponibile	%ENPAV	%IVA	ENPAV	IVA	Art.15
1	81.70	0.00%	2% 20%	1.63	16.67	0.00

EURO

Totale compensi:

81.70

ENPAV (rivalsa contr. prev. ART. 12 comma 4 L. 136/92):

1.63

Totale imponibile I.V.A.:

83.33

Tot. I.V.A.:

16.67

Tot. Art. 15.:

0.00

TOTALE FATTURA:

100.00

Ritenuta d'acconto:

0.00

DA PAGARE:

100.00

PAGATO

note:

DICHIARO DI AVERE RICEVUTO L'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI IN VOSTRO POSSESSO (art.13 D.LGS. 196/2003).

FIRMA leggibile