

Fac-simile di Fattura emessa dal sostituto a carico del Collega titolare

Dottor/ssa _____

Via _____

Città _____ Tel. _____

C.F. _____ P. IVA _____

PARCELLA n° _____ **Data** _____

Emessa a carico di: Dottor/ssa _____

Via _____ Tel. _____

Città _____

C.F. _____ P. IVA _____

NATURA DEI SERVIZI FORMANTI OGGETTO DELLA PRESTAZIONE	IMPORTO
Prestazioni Sanitare per sostituzioni rese in regime di Convenzione	
_____ dal _____ al _____ €	
meno 20% RITENUTA D'ACCONTO €	

NETTO A PAGAMENTO €	
----------------------------	--

Bollo da € 1,81 se supera 77,47 €

