

FATTURA

NOME E COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

DESCRIZIONE	QNT	PREZZO	TOTALE
-------------	-----	--------	--------

TOTALE

IVA (%)

MARCA DA BOLLO

NETTO A PAGARE

NOTE: Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del DPR 633/72.

