

# 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.

