Ricevuta

Nome ASD: Indirizzo: Telefono: Città: Provincia: CAP: Codice Fiscale:	Data emissione:				
Indirizzo: Telefono: Città: Provincia: CAP: Codice Fiscale:	//				
Città: Provincia: CAP: Codice Fiscale:	Nome ASD:				
Codice Fiscale:	ndirizzo:	Telefono:			
		Provincia:	CAP:		
Matala Bananana	Codice Fiscale:				
metoao at pagamento:	Aetodo di pagamento:				
Importo: Descrizione: €		Descrizione:			