

Professionalista che emette la fattura

*Dottor* \_\_\_\_\_

*Via* \_\_\_\_\_

*Città* \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*C.F.* \_\_\_\_\_ *P. IVA* \_\_\_\_\_

---

---

**PARCELLA n°** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

*Committente* \_\_\_\_\_

*Via* \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*Città* \_\_\_\_\_

*C.F.* \_\_\_\_\_ *P. IVA* \_\_\_\_\_

**NATURA DEI SERVIZI FORMANTI OGGETTO DELLA PRESTAZIONE**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>20% RITENUTA D'ACCONTO (se d'obbligo)</b>	<b>€</b>

<b>NETTO A PAGAMENTO</b>	<b>€</b>	
--------------------------	----------	--

Bollo da € 1,81 se supera 77,47 €

