

ATTENZIONE

L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.

Visto: Si autorizza la stampa.

Data

Firma



REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3

Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 ROMA
C.F. e P.I.: 04733491007



ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

BOLLETTARIO

N°

PER RICEVUTA DEL SANITARIO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 ROMA
C.F. e P.I.: 04733491007



Roma,
FATTURA N. /20

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Si attesta che l'assistito:

COGNOME e NOME

NATO A PR IL

RESIDENTE

VIA/P.ZZA

TEL. COD. FISCALE

ha pagato per le seguenti prestazioni eseguite dal

DR.

VISITA SPECIALISTICA €

VISITA CON PRESTAZIONE €

PRESTAZIONE (.....

.....)

.....) €

BOLLO SE DOVUTO (€ 1,81) €

(oltre € 77,47)

TOTALE €

Il sanitario Dr.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 DPR 633, del 26/10/72 e succ.ve modificazioni.

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data

Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE



SISTEMA SANITARIO REGIONIALE

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 ROMA
C.F. e P.I.: 04733491007



Roma,
FATTURA N. /20

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Si attesta che l'assistito:

COGNOME e NOME

NATO A PR IL

RESIDENTE

VIA/P.ZZA

TEL. COD. FISCALE

ha pagato per le seguenti prestazioni eseguite dal

DR.

VISITA SPECIALISTICA €

VISITA CON PRESTAZIONE €

PRESTAZIONE (.....
.....)

.....) €

BOLLO SE DOVUTO (€ 1,81) €

(oltre € 77,47) TOTALE €

Il sanitario Dr.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 DPR 633, del 26/10/72 e succ.ve modificazioni.

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data
Firma



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 ROMA
C.F. e P.I.: 04733491007



Roma,
FATTURA N. /20

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Si attesta che l'assistito:

COGNOME e NOME

NATO A PR IL

RESIDENTE

VIA/P.ZZA

TEL. COD. FISCALE

ha pagato per le seguenti prestazioni eseguite dal

DR.

VISITA SPECIALISTICA €

VISITA CON PRESTAZIONE €

PRESTAZIONE (.....

.....)

.....) €

BOLLO SE DOVUTO (€ 1,81) €

(oltre € 77,47)

TOTALE €

Il sanitario Dr.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 comma 18 DPR 633, del 26/10/72 e succ.ve modificazioni.

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data

Firma