

Fac Simile ricevuta di pagamento per *COMPENSI OCCASIONALI*
Per l'attività di Medico senza Partita IVA per sostituzione

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ (___) in Via _____ n. ____

nato/a _____ (___) il ___/___/____ C.F. _____

DICHIARA

Di ricevere dal Dott./ssa _____, con studio a _____ (___)

in via _____ n. ____; Partita IVA _____

la somma di € _____, ____ meno R.A. 20% di € _____, ____ Netto percepito € _____, ____

per compenso da attività saltuaria, non programmata, di natura del tutto occasionale per l'anno

L'attività svolta si riferisce alla sostituzione di Medicina Generale/Pediatria, ai sensi dell'Art. 8
D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.

Per il periodo dal al

Data ___/___/_____

Firma

Regolamento Fondo di Previdenza Generale E.N.P.A.M.

Il sottoscritto DICHIARA che provvederà al pagamento della quota contributiva relativa al presente compenso in sede di Dichiarazione annuale dei redditi con le modalità previste dal Fondo di Previdenza Generale E.N.P.A.M.

Il sottoscritto NON svolge lavoro autonomo e non è titolare di partita IVA, quindi la prestazione è resa in maniera del tutto occasionale e quindi al di fuori del campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 633/1972 e successive modifiche.

Per il motivo sopra descritto le somme esposte non sono soggette a contribuzione INPS