

Dott. DATI MEDICO

Professione
Specialista in.....

Via _____
Cap: _____ Città _____ (____)

P.IVA: _____
Cod.fisc.: _____

Cliente	<input type="text" value="DATI MEDICO"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>
CAP/Provincia	<input type="text"/> / <input type="text" value="00"/>

Data **01/01/2014**

Fattura numero **1**

P.IVA:

Cod.fisc.

PAGAMENTO EFFETTUATO

tramite: Contanti

Descrizione

Importo

Sostituzione di Medicina Generale ai sensi dell'Art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Dal ___/___/___ al ___/___/___

Onorario Complessivo € _____,____

Totale Imponibile:	<input type="text" value="1.000,00"/>
IVA 22% dal 01/10/2013 +	<input type="text" value="0,00"/>
R.Acc. 20% -	<input type="text" value="200,00"/>
Bollo + (2,00 euro dal 26/06/2013)	<input type="text" value="2,00"/>
ART15 +	<input type="text" value="0,00"/>
Totale:	<input type="text" value="802,00"/>

**Per evitare disguidi la preghiamo di effettuare bonifico bancario. Grazie.
CASSA dei MIRACOLI ag. Pisa
Conto Corrente 0125387bù**

IL DETTAGLIO DELLE PRESTAZIONI E' STATO EVIDENZIATO SU RICHIESTA DEL PAZIENTE
DOCUMENTO STILATO NEL RISPETTO DEL D.L.g.s. 196/2003 (PRIVACY)
(Esente IVA art. 10 comma 1, N 18 DPR 633/1972 e succ. modifiche)

Il bollo di € 1,81 (€ 2,00 dal 26/06/2013) per le fatture esente IVA di importo superiore a euro 77,47 è applicato sull'originale.