

Professionista 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

20% RITENUTA D'ACCONTO (se d'obbligo) €	
--	--

NETTO A PAGAMENTO €	
----------------------------	--

Bollo da € 1,81 se supera 77,47 €

