

RICHIEDENTE

Ragione sociale _____
Denominazione farmacia _____
Partita IVA _____
Codice fiscale uguale a Partita IVA se diverso specificare _____

DATI NECESSARI ALLA FATTURAZIONE ELETTRONICA

Codice destinatario (7 caratteri): _____
E-mail PEC per SDI _____

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE FATTURA

Comune _____ Fraz. Loc. _____ Prov. _____
CAP _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono di contatto _____

DESCRIZIONE PRESTAZIONE RICHIESTA

Tipologia richiesta: **Parere per autoanalisi in farmacia**
Codice prestazione: **Z32 DGRT 922 DEL 15.07.2019**
Ubicazione dell'attività: Via/Piazza _____
Località _____ Prov. _____

SCELTA MODALITÀ PAGAMENTO

N.B. Il pagamento deve essere effettuato sempre prima dell'erogazione della prestazione ai sensi della deliberazione di GRT 1059/2013; pertanto la richiesta di prestazione deve essere sempre corredata dalla ricevuta di pagamento per completezza e regolarità. La prestazione, fuori campo IVA, può essere fatturata, dietro specifica richiesta.

Codice IBAN IT0450503402801000000009615
c/o BANCO BPM SPA
Intestato a AUSL TOSCANA CENTRO - SERVIZIO TESORERIA
Causale PARERE AUTOANALISI - FARMACIA

- Si allega copia attestazione pagamento
- Chiedo fattura delle prestazione, dietro pagamento di **ulteriori 2 euro**

Data _____

Il direttore _____

Firma

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansionando il QR code a margine.

