



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

Via Unità Italiana, 28 - 81100 Caserta
Partita IVA - 03519500619

Rapporto di Prestazione Libero Professionale Intramoenia verso Terzi

Data richiesta _____ / _____ / _____

Al Servizio Economico Finanziario

OGGETTO DELLA CONVENZIONE/PRESTAZIONE _____

COMMITTENTE Nome /Ragione Sociale _____ C.F./P.IVA _____

Residenza o Sede Legale _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Attività _____

DIRIGENTE INCARICATO ASL Nome _____ Cognome _____

Matricola _____ P.O. / D.S. /Dip. / Serv. Centr. _____

UO di appartenenza _____

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI E PERIODO DA FATTURARE

--	--	--

Periodo contrattuale: dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Rif. Delibera o Determina Dirigenziale: n. _____ del _____ / _____ / _____

Rif. Nota Affari Generali indicante gli estremi del Contratto: prot. n. _____ del _____ / _____ / _____

DESCRIZIONE TARIFFA E ONERI	IMPORTO
ONORARIO	
IVA	
BOILLO	
TOTALE	

Si dichiara che la prestazione sopra descritta è stata eseguita a regola d'arte da personale autorizzato

Firma del Dirigente incaricato ASL

Timbro e firma del Committente

Parte riservata all'Ufficio ALPI - Si attesta che le prestazioni sopra descritte corrispondono a quanto stabilito dal relativo contratto

Data _____

Il Dirigente ALPI
Dott. Salvatore Moretta