

**EMITTENTE**

**FARMACIA**

Via e numero civico

CAP e Città

Tel. / fax

Partita Iva e nr. Registrazione Camera di commercio

**RICEVENTE**

ASL

indirizzo

CAP Città (Provincia)

Part.IVA/Cod.fisc.

CODICE IPA

Fattura n. ....  
del .....

Descrizione	Iva	IMPONIBILE
Riferimento DCR AIR MESE ANNO		
Presidi diabetici	4,00	
Dietoterapici	4,00	
Dietoterapici	10,00	
DPC Farmaci	22,00	
DPC Ossigeno	22,00	
Totale Imponibile		
<b>totale iva</b>		

Termini di pagamento \_\_\_\_\_

COD. IVA	DESCRIZIONE	IMPONIBILE	IVA
4,00	4 % - GENERICO		
10,00	10 %- GENERICO		
22,00	22 % - GENERICO		

Fattura emessa in regime di scissione dei pagamenti ex art.17-ter DPR 633/72