FEDERFARMA NAPOLI
Associazione Sindacale dei Titolari di Farmacia della Provincia di Napoli

**COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO ED INVIARE PER FAX TIMBRATO E FIRMATO**

**AL NUMERO - 081 551 92 97**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PARTITA IVA** | | **CODICE FARMACIA** | |
| **CODICE FISCALE** | | **ASL** | |
| **DENOMINAZIONE FARMACIA** | | | |
| **INDIRIZZO** | | **TEL.** | **CELL.** |
| **E-M@IL** | | | |
| **COGNOME E NOME DEL TITOLARE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE** | | | |
| **SOCIETA' DI FACTORING :** | | | |

IBAN PROPRIA BANCA DI APPOGGIO **(SOLO SE LE FATTURE NON SONO STATE CEDUTE A SOCIETAÕDI FACTORING)**

I T

| | **FATTURE** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **NUMERO FATTURA** | **DATA FATTURA** | **IMPORTO FATTURA** | | |
| **1** | | | | | |
| **2** | | | | | |
| **3** | | | | | |
| **4** | | | | | |
| **5** | | | | | |
| **6** | | | | | |
| **7** | | | | | |
| **8** | | | | | |
| **9** | | | | | |
| **10** | | | | | |
| **11** | | | | | |
| **12** | | | | | |
| **13** | | | | | |
| **14** | | | | | |
| **15** | | | | | |
| **16** | | | | | |
| **17** | | | | | |
| **18** | | | | | |
| **19** | | | | | |
| **20** | | | | | |
| **21** | | | | | |
| **22** | | | | | |
| **23** | | | | | |
| **24** | | | | | |
| **25** | | | | | |
| | **TOTALI** | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOTE E ALTRO** | **Pagina / di Pagine** |