**MODELLO DI FATTURA MEDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DELLA SOCIETÀ** | **IL TUO LOGO** |
| Riga indirizzo 1 |  | **FATTURA N.** |   |
| Riga indirizzo 2 |  | **DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE** |   |
| Città, Stato 12345 |  | **DATA SVC** |   |
| Telefono: (000) 000-0000 |  | **DATA FATTURA** |   |
| Fax: (000) 000-0000 |  | **DATA DI SCADENZA** |   |
| Indirizzo web |  |  |  | FATTURA MEDICA |
|  |  |  |  |  |  |
| **FATTURA A** |  | **ID SVC** | **SERVIZIO MEDICO** | **FARMACO** | **COSTO** |
| [ NOME ] |  |   |   |   |  |
| [ NOME AGGIUNTIVO ] |  |   |   |   |  |
| [ RIGA INDIRIZZO 1 ] |  |   |   |   |  |
| [ RIGA INDIRIZZO 2 ] |  |   |   |   |  |
| [ CITTÀ, STATO, CAP ] |  |   |   |   |  |
| [ TELEFONO ] |  |   |   |   |  |
| [ E-MAIL ] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Per domande relative a questa fattura, si prega di contattare:* |  |   |   |   |  |
|  | TERMINI |   | **SUBTOTALE** | 0,00 |
| Nome |  |  | inserisci percentuale **ALIQUOTA FISCALE** | 0,000% |
| (321) 456-7890 |  | **TOTALE DELL'IMPOSTA** | 0,00 |
| Indirizzo e-mail |  | **ALTRO** | 0,00 |
| Indirizzo web |  | **TOTALE** |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |