

Cedente/prestatore (fornitore)

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02245820606**
 Codice fiscale: **02245820606**
 Denominazione: **CLINITERM SRL**
 Regime fiscale: **RF01 (ordinario)**
 Indirizzo: **VIA CASILINA SUD km 76**
 Comune: **FERENTINO** Provincia: **FR**
 Cap: **03013** Nazione: **IT**
 Telefono: **0775393060**
 Email: **clinitermsrl@pec.it**

Cessionario/committente (cliente)

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02240470605**
 Codice fiscale: **02240470605**
 Denominazione: **R.E.M.**
 Indirizzo: **Via C.da Ferruccia 12/B**
 Comune: **PATRICA** Provincia: **FR**
 Cap: **03010** Nazione: **IT**

Tipologia documento	Art. 73	Numero documento	Data documento	Codice destinatario
TD01 (fattura)		8881/23	14-06-2023	M5UXCR1

Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Prezzo unitario	UM	Sconto o magg.	%IVA	Prezzo totale
	Esami di laboratorio		1.030,00			N4	1.030,00
	Bollo		2,00			N1	2,00

RIEPILOGHI IVA

esigibilità iva / riferimenti normativi	%IVA	Spese accessorie	Arr.	Totale imponibile	Totale imposta
Esente art. 10	N4	0,00	0,00	1.030,00	0
F.C.	N1	0,00	0,00	2,00	0

TOTALI

Importo bollo	Bollo Virtuale	Sconto/Maggiorazione	Arr.	Totale documento
2,00	SI			1.032,00

Modalità pagamento	Coordinate Bancarie	Istituto	Data scadenza	Importo
MP05 Bonifico	IBAN IT91B0306914898100000003350			1.032,00