

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)		15616/23	22-11-2023	M5UXCR1

Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Prezzo unitario	UM	Sconto o magg.	%IVA	Prezzo totale
	Esami di laboratorio		55,00			N4	55,00

RIEPILOGHI IVA						
esigibilità iva / riferimenti normativi		%IVA	Spese accessorie	Arr.	Totale imponibile	Totale imposta
Esente art. 10		N4	0,00	0,00	55,00	0

TOTALI				
Importo bollo	Bollo Virtuale	Sconto/Maggiorazione	Arr.	Totale documento
				55,00

Modalità pagamento	Coordinate Bancarie	Istituto	Data scadenza	Importo
MP05 Bonifico	IBAN IT91B0306914898100000003350			55,00