



RICHIESTA DATI ANAGRAFICI PER EMISSIONE FATTURA

Prestazione: _____

Effettuata presso la sede di: _____

In data: _____ Importo: _____

Cognome: _____

Nome: _____

C.F.: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Mail: _____

Opposizione da parte dell'assistito alla trasmissione dei dati al MEF:

NO

SI (*Allegare modulo di opposizione*)

Per ASST-RHODENSE