

ARPA – SEZIONE PROVINCIALE DI BOLOGNA

In ottemperanza a quanto previsto dal d.p.r. n. 605 del 29/09/73 e successive modifiche. Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci una corretta fatturazione delle prestazioni richieste. Si ricorda che il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo il ricevimento di nostra fattura. Si fa presente che in caso di omessa risposta o inesattezza nella compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

Compilazione a carico del richiedente

Barrare la casella interessata:

☐ **PERSONA FISICA**

Cognome Nome
Nato a il
Domicilio Fiscale: Via n.
Località e Comune Prov.
CAP Tel.
CODICE FISCALE

☐ **DITTA**

RAGIONE SOCIALE
Indirizzo Sede Legale Via n.
Località e Comune Prov.
CAP Tel.
NUMERO PARTITA IVA
CODICE FISCALE

Indirizzo a cui inviare la Fattura : Via n.
Località e Comune Prov.
CAP Tel.

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE
PER IMPEGNO AL PAGAMENTO

Compilazione a carico dei Tecnici del Distretto Urbano

OGGETTO DELLA PRESTAZIONE:
.....
.....
.....
DATA DELLA PRESTAZIONE :
PRESTAZIONE:
IMPORTO: IVA 20% TOTALE

