

Nome Professionista

Via e numero civico

CAP e Città

Tel. / fax / e-mail

Partita IVA

Codice fiscale

Cliente

Rag. Sociale
 indirizzo
 CAP Città (Provincia)
 Part. IVA / cod. fisc. del cliente

Nr. Fattura del

Descrizione	Importo
IMPONIBILE PRESTAZIONI	0,00
Rivalsa parziale contr. previd. 4%	0,00
TOTALE IMPONIBILE	0,00
IVA 20%	0,00
Spese sostenute in nome e per conto del cliente ex art. 15 DPR 633/72	
TOTALE FATTURA	0,00
RITENUTA ACCONTO (20% dell'IMPONIBILE PRESTAZIONI) 20%	0,00
NETTO DA VERSARE	0,00

Termini di pagamento