

**Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A. Guarino srl**

Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00

Via Ferriera 61 - Avellino (AV) - 83100

Tel.: 082536535 Fax.: 0825781638

P.IVA: 03569560638 C.F.: 03569560638

Sito web: www.guarinolab.it Email: info@guarinolab.it  
Autorizzazione sanitaria 87/06 - Accreditamento definitivo DGR 46 del 07/07/2014

<b>Fattura</b>	
Nº documento:	<b>5166R</b>
Data documento:	<b>09/04/2024</b>

PAGINA 1

<b>CLIENTE</b>	
DENHINA MARIYA	
VIA FRATELLI BISOGNO 41	
83100 AVELLINO (AV)	
Codice fiscale: DNHMRY93P45Z138Q	
Partita IVA:	

MODALITA' DI PAGAMENTO	DESCRIZIONE
BANCOMAT	

VOCI DI FATTURAZIONE	Q.TA'	PREZZO UN.	% SCONTI	PREZZO TOT.
Prestazioni sanitarie private	1	50,00		50,00
[Ns. rif. 1384474 (Radiologia Diagnostica)]				

**NOTE**

Rif. accettazione n° 615387 del 09/04/2024

**Esente IVA Art. 10 del DPR 633/72**

TOTALE NON SCONTATO	% SCONTO	TOTALE SCONTATO
IMPORTO BOLLO € 0,00		TOTALE GENERALE € 50,00

**rex**

BANCO BFM

NEXT

MASTERCARD

ACQUISTO

CENTRO DIAGNOSTICO GUARIE  
AVELLINO

Eser. 5005667  
A.T.I.C. 00000000003  
DATA 09/04/24 ORA 09:58  
TIN 01242682 STAN 005498  
Mod. Online CTL5 ICC  
PAN: \*\*\*\*\*6022  
EXP: \*\*\*\*  
AUT. 140228 OPER. 005708

**ARC 00**  
Mastercard contactless  
A.I.D. Addressable ID 0011 0000 0000 0000  
A.I.D. ID 00 00 00 00 00 00 00 00  
The Addressable ID number  
The Addressable ID number

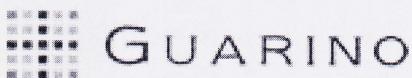
NO CVM

IMPORTO € 50,00

--- COPIA CLIENTE ---  
Transazione eseguita

Grazie e arrivederci  
BAHCO BPM

Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A.  
Indirizzo :Via Ferriera 61  
Città : Avellino  
Telefono : 082536535  
Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00



### RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: **09/04/2024**  
Progressivo accettazione: **0194**  
Data effettuazione: **09/04/2024**

Cliente: **DENHINA MARIYA**  
Codice: **107250**  
Data di nascita: **05/09/1993** \***615287**  
615387

Elenco prestazioni richieste  
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO

Puoi ritirare il tuo referto il : **09/04/2024**

*Ritiro esami laboratorio dalle ore 11:00, radiologia dalle ore 15:00*

Tempi di consegna:

Importo accettazione:	€	<b>50,00</b>	<i>di cui 0,00 convenzionato e 50,00 privato</i>
Importo bollì:	€	<b>0,00</b>	
Importo pagato:	€	<b>50,00</b>	
Importo residuo:	€	<b>0,00</b>	

I referti potranno essere consegnati esclusivamente agli aventi diritto presentando questa ricevuta.  
In caso di impossibilità nel procedere al ritiro personalmente, si prega di delegare altra persona compilando lo spazio sottostante.

Io sottoscritto/a **DENHINA MARIYA** nato/a a il **05/09/1993**

- delego ..... al ritiro dei referti degli esami sopra indicati. Data ..../..... Firma .....
- ritiro i referti degli esami sopra indicati.

**N.B.:** il/la delegato/a dovrà presentarsi (a questo sportello) munito di valido documento di riconoscimento.

Data ...../...../..... Firma per ricevuta .....

I dati sensibili saranno trattati in base alla D.LGS. 196/03 ed alla normativa vigente in materia.

**Pagina 1 di 1**