

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

Fattura**Nº documento:** 7344R**Data documento:** 17/05/2024

PAGINA 1

CLIENTE**DENHINA MARIYA****VIA FRATELLI BISOGNO 41****83100 AVELLINO (AV)****Codice fiscale: DNHMRY93P45Z138Q****Partita IVA:****MODALITA' DI PAGAMENTO**

Contanti

DESCRIZIONE

franchigia 36 euro + 2 bollo

VOCI DI FATTURAZIONE

	Q.TA'	PREZZO UN.	% SCONTI	PREZZO TOT.
Prestazioni sanitarie private	1	90,00		90,00

[Ns. rif. 1398859 (Radiologia Diagnostica)]

NOTE

Rif. accettazione n° 625025 del 17/05/2024

Esente IVA Art. 10 del DPR 633/72

TOTALE NON SCONTATO

% SCONTI

TOTALE SCONTATO

IMPORTO BOLLO

TOTALE GENERALE

€ 2,00

€ 92,00

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

GUARINO

RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: **17/05/2024**

Progressivo accettazione: **0128**

Data effettuazione: **17/05/2024**

Cliente: **DENHINA MARIYA**

Codice: **107250**

Data di nascita: **05/09/1993**

***625025**
625025.

Elenco prestazioni richieste

ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO

Puoi ritirare il tuo referto il : **17/05/2024**

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

Tempi di consegna:

Importo accettazione: **€ 90,00** *di cui 0,00 convenzionato e 90,00 privato*

Importo belli: **€ 2,00**

Importo pagato: **€ 38,00**

Importo residuo: **€ 54,00**

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**

deego 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