

## 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

N° documento: 28598L

Data documento: 07/08/2024

PAGINA

1

CLIENTE

DENHINA MARIYA

VIA FRATELLI BISOGNO 41

83100 AVELLINO (AV)

Codice fiscale: DNHMRY93P45Z138Q

Partita IVA:

MODALITA' DI PAGAMENTO

BANCOMAT

DESCRIZIONE

## VOCI DI FATTURAZIONE

Prestazioni sanitarie private

[Ns. rif. 1429173 (Laboratorio analisi)]

Q.TA'	PREZZO UN.	% SCONTO	PREZZO TOT.
1	141,90		141,90



## NOTE

Rif. accettazione n° 645434 del 07/08/2024

## DETTAGLIO IVA

COD.	ALiquota	IMponibile	IMporTo IVA
E10	Esente IVA Art. 10 del DPR 633/72	141,90 €	0,00 €

TOTALE LORDO

€ 141,90

% SCONTO

TOTALE IMponibile

€ 141,90

TOTALE IVA

€ 0,00

IMPORTO BOLLO

€ 2,00

TOTALE GENERALE

€ 143,90

# next

BANCO BPM  
NEXI  
MASTERCARD

## ACQUISTO

CENTRO DIAGNOSTICO GUARI  
AVELLINO

Eser. 5005667

A.I.I.C. 000000000003

DATA 07/08/24 ORA 11:39

TML 01242882 STAN 009061

Mod. Online CTLS ICC

PAN: \*\*\*\*\*6022

EXP: \*\*\*\*

AUT. 125306 OPER. 009307

ARC 00

## Mastercard contactless

A.I.D. ANNNNNNNNN41010      APPL      DEBIT MASTERCARD

ATC 0028 TCC 350 TT 00 TrCC 978 UN EF371202

TYR 0000000001 A.R.Q.C.A0594DAFD87FE6E3

IAD 0114A1400502000000040000000000000FF

VERIFIED BY DEVICE

IMPORTO € 143,90

--- COPIA CLIENTE ---

Transazione eseguita

Grazie e arrivederci

BANCO 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



GUARINO

### RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: 07/08/2024  
Progressivo accettazione: 0288  
Data effettuazione: 07/08/2024

Cliente: DENHINA MARIYA

Codice: 107250

Data di nascita: 05/09/1993

\*615121  
645434

#### Elenco prestazioni richieste

Alfa AMILASI - S  
BILIRUBINEMIA totale e frazionata  
CUPREMIA  
Esame EMOCROMOCITOMETRICO  
FERRITINA - S  
FIBRINOGENO - P  
FOSFATASI ALCALINA  
Gamma GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI - S  
GLICEMIA  
LIPASI - S  
PROTEINA C REATTIVA - S  
PROTEINE TOTALI - S  
SELENIO  
SIDEREMIA  
SIEROPROTEINE - esame elettroforetico  
TRANSAMINASI GO-AST  
TRANSAMINASI GP-ALT  
VELOCITA' DI ERITROSEDIMENTAZIONE  
VITAMINA D totale (D2+D3)  
ZINCO - S

Puoi ritirare il tuo referto il : 12/08/2024

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

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

☐ 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.



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: **07/08/2024**  
Progressivo accettazione: **0288**  
Data effettuazione: **07/08/2024**

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

**\*615121**  
645434.

Elenco prestazioni richieste

Tempi di consegna:

Importo accettazione:	€	<b>141,90</b>	<i>di cui 0.00 convenzionato e 141.90 privato</i>
Importo bolli:	€	<b>2,00</b>	
Importo pagato:	€	<b>143,90</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.