

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:** 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

	Q.TA'	PREZZO UN.	% SCONTI	PREZZO TOT.
Prestazioni sanitarie private [Ns. rif. 1429173 (Laboratorio analisi)]	1	141,90		141,90

**NOTE**

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

DETTAGLIO IVA

COD.	ALIQUOTA	IMPONIBILE	IMPORTO IVA	TOTALE LORDO	% SCONTI
E10	Esente IVA Art. 10 del DPR 633/72	141,90 €	0,00 €	€ 141,90	
				TOTALE IMPONIBILE € 141,90	TOTALE IVA € 0,00
				IMPORTO BOLLO € 2,00	TOTALE GENERALE € 143,90

nexi

BANCO BPM

NEXI

MASTERCARD

ACQUISTO

CENTRO DIAGNOSTICO GUARI
AVELLINO

Eser. 5005667
A.I.I.C. 00000000003
DATA 07/08/24 ORA 11:39
TML 01242882 STAN 009061
Mod. Online CTL5 ICC
PAN: *****6022
EXP: ****
AUT. 125306 OPER. 009307
ABC 00

Mastercard contactless
A.ID AXXXXXXXXXXXXX01010 APL DEBIT MASTERCARD
ATE 0028 10C 380 1T 00 Trcc 978 UN EF3712L2
TYR 00000000001 A.R.Q.L.AU594DAF07E63
IAU 0111A100000000000000000000000000FF

VERIFIED BY DEVICE

IMPORTO € **143,90**

--- COPIA CLIENTE ---
Transazione eseguita

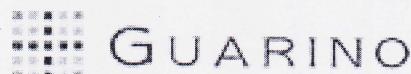
Grazie e arrivederci

BANCO BPM

Grazie e arrivederci
BANCO BPM

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



RICEVUTA ACCETTAZIONE

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

Cliente: DENHINA MARIYA
Codice: 107250 *615121
Data di nascita: 05/09/1993 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.

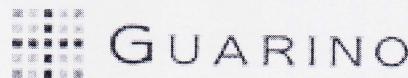
Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A.

Indirizzo :Via Ferriera 61

Città : Avellino

Telefono : 082536535

Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00



RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: 07/08/2024

Cliente: DENHINA MARIYA

Progressivo accettazione: 0288

Codice: 107250

Data effettuazione: 07/08/2024

Data di nascita: 05/09/1993

*615121
645434

Elenco prestazioni richieste

Tempi di consegna:

Importo accettazione: € 141,90 *di cui 0.00 convenzionato e 141.90 privato*

Importo bolli: € 2,00

Importo pagato: € 143,90

Importo residuo: € 0,00

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.