[](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37219&utm_language=IT&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+invoice+template+37219+word+it&lpa=ic+medical+invoice+template+37219+word+it)**MODELLO DI FATTURA MEDICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAGIONE SOCIALE** | | | | **IL TUO LOGO** | |
| Indirizzo riga 1 |  | **FATTURA N.** |  |
| Indirizzo riga 2 |  | **ID PAZIENTE** |  |
| Città, Stato 12345 |  | **DATA DI SVC** |  |
| Telefono: (000) 000-0000 |  | **DATA FATTURA** |  |
| Telefax: (000) 000-0000 |  | **DATA DI SCADENZA** |  |
| indirizzo Web |  |  |  | FATTURA MEDICA | |
|  |  |  |  |  |  |
| **FATTURA A** |  | **SVC ID** | **SERVIZIO MEDICO** | **MEDICAZIONE** | **COSTO** |
| [ NOME ] |  |  |  |  |  |
| [ NOME AGGIUNTIVO ] |  |  |  |  |  |
| [ INDIRIZZO RIGA 1 ] |  |  |  |  |  |
| [ INDIRIZZO RIGA 2 ] |  |  |  |  |  |
| [ CITTÀ, STATO, CAP ] |  |  |  |  |  |
| [ TELEFONO ] |  |  |  |  |  |
| [ E-MAIL ] |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| *Per domande relative a questa fattura, si prega di contattare:* |  |  |  |  |  |
|  | TERMINI |  | **SUBTOTALE** | 0.00 |
| Nome |  |  | | inserisci aliquota FISCALE percentuale | 0.000% |
| (321) 456-7890 |  | **TOTALE TASSE** | 0.00 |
| Indirizzo email |  | **ALTRO** | 0.00 |
| Indirizzo Web |  | **TOTALE** |  |

|  |
| --- |
| **DISCONOSCIMENTO**  Tutti gli articoli, i modelli o le informazioni fornite da Smartsheet sul sito Web sono solo di riferimento. Mentre ci sforziamo di mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non rilasciamo dichiarazioni o garanzie di alcun tipo, esplicite o implicite, circa la completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità in relazione al sito Web o alle informazioni, agli articoli, ai modelli o alla grafica correlata contenuti nel sito Web. Qualsiasi affidamento che fai su tali informazioni è quindi strettamente a tuo rischio. |