

**MODELLO DI FATTURA PER SERVICI MEDICI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IL TUO LOGO** |  | FATTURA PER SERVIZI MEDICI |
| Nome dell'azienda |  |  | **DATA DELLA FATTURA** |
| 123 Main Street |  |  |  |
| Hamilton, OH 44416 |  |  | **FATTURA N.** |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Indirizzo e-mail |  |  | **DATA DI SCADENZA** |
|  |  |  |  |
| **FATTURA A** |  |  | **IMPORTO DOVUTO** |
| C.A.: Nome / Reparto |  |  |  |
| Nome dell'azienda |  |  |  |
| 123 Main Street |  |  |  |
| Hamilton, OH 44416 |  |  |  |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Indirizzo e-mail |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **TOTALE** |
|  |  |
| **SUBTOTALE** |  |
| **ALTRO** |  |
| **TOTALE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RIMESSA PAGAMENTO A** |  | **TERMINI E CONDIZIONI** |
| C.A.: Nome / RepartoNome dell'azienda123 Main StreetHamilton, OH 44416 |  | • Pagamento in rimessa entro \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni dalla ricezione della fattura. |
|  | **•** Verrà applicato un addebito del \_\_\_\_\_\_\_% al giorno in caso di ritardo nel  pagamento. |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| GRAZIE |
|  |  |  |  |
| *Per domande relative a questa fattura, si prega di contattare* |
| Nome, (321) 456-7890, indirizzo e-mail |
| www.tuoindirizzoweb.com |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |