

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01641790702**
 Progressivo di invio: **36**
 Formato Trasmissione: **FPA12**
 Codice Amministrazione destinataria: **46M25S**
 Telefono del trasmittente: **0874-60561**

Dati del cedente / prestatore**Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT04546110638**
 Codice fiscale: **04546110638**
 Denominazione: **EMODIAL CENTER SRL**
 Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA POSILLIPO 176**
 CAP: **80123**
 Comune: **NAPOLI**
 Provincia: **NA**
 Nazione: **IT**

Dati del cessionario / committente**Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT06322711216**
 Denominazione: **ASL Napoli 3 Sud - Distretto Sanitario 49**

Dati della sede

Indirizzo: **Via Fontanarosa**
 CAP: **80035**
 Comune: **NOLA**
 Provincia: **NA**
 Nazione: **IT**

Dati del terzo intermediario soggetto emittente**Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01641790702**
 Codice Fiscale: **01641790702**
 Denominazione: **TEAMSYSTEM SERVICE SRL**

Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ (terzo)**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it

Versione FPA12

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2020-12-07** (07 Dicembre 2020)
Numero documento: **36-A**
Importo totale documento: **744.82**

Bollo

Bollo virtuale: **SI**
Importo bollo: **2.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Paziente FURINO PELLEGRINO - Prestazione 39957.001 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE**
Quantità: **2.00**
Unità di misura: **NR**
Data inizio periodo di riferimento: **2020-11-01** (01 Novembre 2020)
Data fine periodo di riferimento: **2020-11-30** (30 Novembre 2020)
Valore unitario: **232.41**
Valore totale: **464.82**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **Trasporti**
Quantità: **2.00**
Unità di misura: **NR**
Data inizio periodo di riferimento: **2020-11-01** (01 Novembre 2020)
Data fine periodo di riferimento: **2020-11-30** (30 Novembre 2020)
Valore unitario: **140.00**
Valore totale: **280.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Arrotondamento: **0.00**
Totale imponibile/importo: **744.82**
Totale imposta: **0.00**

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Beneficiario del pagamento: **EMODIAL CENTER SRL**
Modalità: **MP05** (bonifico)
Importo: **744.82**
Codice IBAN: **IT44Y0335315200000000001984**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturepa.gov.it

EMODIAL CENTER SRL

Ambulatorio di emodialisi

Direttore Responsabile dr./dr.ssa - -

VIA POSILLIPO 13/A - 80121 NAPOLI NA

TEL: 0815751537 FAX: 0815751537

P. Iva: 04546110638 Cod. Fiscale: 04546110638

E-mail: covid@nefrocenter.it

Sito web: www.nefrocenter.it



NefroCenter®

Centri di dialisi ad altissima qualità

Spett.le A.S.L. **Napoli 3 Sud**

Distretto Sanitario N° **49**

Si certifica che il Sig./Sig.ra **FURINO PELLEGRINO**

nato/a il **10/02/1969** C.F. **FRNPLG69B10F924I**

nel mese di **Novembre** anno **2020** ha praticato N° **2** dialisi ambulatoriali - CODICE **39957.001**

ALTRA EMODIAFILTRAZIONE

Dialisi effettuate nei giorni: **2 - 4**

Ha usufruito del servizio trasporto di codesto centro nei giorni: **2 - 4**

Paziente proveniente dal centro di dialisi: **DOMA**

IL SANITARIO

DI MAIO Monica - NA 035744

Originale firmato agli atti d'ufficio.
Documento privo di firma autografa
perchè gestito in formato digitale ai sensi
dell'art.3 D.L. 12 febbraio 1993 n. 39