

Dott.ssa/Dott.

Via

Cap - Comune- Provincia

P.IVA

Codice Fiscale :

Cognome e Nome

Via

Cap - Comune- Provincia

Part.IVA/Cod.fisc.

Fattura n.

del ____/____/____

Descrizione	Importo
<p>Inserire: "Descrizione della Prestazione Professionale Svolta"</p> <p>Inserire: "Contributo integrativo Enpab 4%(art.8, comma 3, Dlgs 103/96)"</p> <p><i>Bollo assolto sull'originale 2,00 euro Id N.°: _____</i></p>	
	Imponibile
	TOTALE FATTURA
<p>Termini di pagamento _____</p>	
<p>Operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, commi da 54 a 89, della Legge n. 190/2014 così come modificato dalla Legge numero 208/2015 e dalla Legge 145/2018. Si richiede la non applicazione della ritenuta alla fonte a titolo d'acconto ai sensi dell'articolo 1 1 comma 67 della Legge numero 190/2014.</p>	