

**Nome Professionista**

Via e numero civico  
 CAP e Città  
 Tel. / fax / e-mail  
 Partita IVA  
 Codice fiscale

**Cliente**

Rag. Sociale  
 indirizzo  
 CAP Città (Provincia)  
 Part. IVA / cod. fisc. del cliente

Nr. Fattura  del

Descrizione	Importo
IMPONIBILE PRESTAZIONI	<b>0,00</b>
Rivalsa parziale contr. previd. 4%	0,00
Spese sostenute in nome e per conto del cliente ex art. 15 DPR 633/72	
TOTALE FATTURA	<b>0,00</b>
RITENUTA ACCONTO (20% dell'IMPONIBILE PRESTAZIONI) 20%	0,00
<b>NETTO DA VERSARE</b>	<b>0,00</b>

Termini di pagamento

Operazione non imponibile IVA ai sensi dell'art.1 Legge 244/2007  
 Bollo sull'originale da 1,81 euro

Tabella1

