

RICHIEDENTE

Ragione sociale _____
Denominazione farmacia _____
Partita IVA _____
Codice fiscale ☐ uguale a Partita IVA ☐ se diverso specificare _____

DATI NECESSARI ALLA FATTURAZIONE ELETTRONICA

Codice destinatario (7 caratteri): _____
E-mail PEC per SDI _____

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE FATTURA

Comune _____ Fraz. Loc. _____ Prov. _____
CAP _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono di contatto _____

DESCRIZIONE PRESTAZIONE RICHIESTA

Tipologia richiesta **Parere per autodiagnostica prestazioni analitiche di prima istanza in farmacia**
Codice prestazione **Z32 - DGRT 505 del 02/05/2022**
Ubicazione dell'attività Via/Piazza _____
Località _____ Prov. _____

MODALITÀ PAGAMENTO

Il pagamento deve essere effettuato sempre prima dell'erogazione della prestazione ai sensi della deliberazione DGRT 505 del 02/05/2022. La richiesta di prestazione viene presa in carico solo se corredata della ricevuta di pagamento.

Se interessati a ricevere la fattura, la prestazione, che è fuori campo IVA, può essere fatturata, dietro specifica richiesta e dietro pagamento di ulteriori 2 euro

Codice IBAN IT0450503402801000000009615
c/o BANCO BPM SPA
Intestato a AUSL TOSCANA CENTRO - SERVIZIO TESORERIA
Causale PARERE PER AUTODIAGNOSTICA PRESTAZIONI ANALITICHE DI PRIMA ISTANZA IN FARMACIA

- ☐ Si allega copia attestazione pagamento
☐ Chiedo fattura della prestazione, dietro pagamento di **ulteriori 2 euro**

Data _____

Il titolare _____
Firma

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>
o scansando il QR code a margine.

