



Civico Di Cristina Benfratelli
Associato al Polo Nabelek - Art. 10 della Legge 30/9/1999 n. 144

Modulo per pagamento oneri per la Partecipazione ai Corsi DAE presso Centrale Operativa 118 dell'Arnas Civico di Palermo e per il pagamento oneri per Validazione attestati per corsi di Formazione DAE presso Enti autorizzati

(Decreto Assessorato della Salute del 29/11/2016)

DATI DEL VERSANTE ED INTESTATARIO FATTURA

Versante, se coincidente ad intestatario della fattura -- (Cognome, Nome e data di nascita)	
Versante: <ul style="list-style-type: none">■ Se persona fisica (Cognome, Nome e data di nascita);■ Se persona giuridica (denominazione completa)	
CODICE FISCALE / Partita IVA (se soggetto giuridico)	
INDIRIZZO (Via-Città-Cap)	
Causale: <ul style="list-style-type: none">■ Pag.to partecipazione corsi per DAE;■ Pag.to Validazione attestati corsi per DAE.	

Da compilarsi in aggiunta in caso di intestatario Fattura diverso dal Paziente beneficiario.

Intestatario Fattura <ul style="list-style-type: none">■ Se persona fisica (Cognome, Nome e data di nascita);■ Se persona giuridica (denominazione completa)	
CODICE FISCALE / Partita IVA (se soggetto giuridico)	
INDIRIZZO (Via-Città-Cap)	
Causale: <ul style="list-style-type: none">■ Pag.to partecipazione corsi per DAE;■ Pag.to Validazione attestati corsi per DAE.	



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Servizi Nazionali ad Alto Specialistico

OGGETTO DEL VERSAMENTO

€. 10,00 per validazione x n° _____ attestati da validare = Causale obbligatoria da inserire nel BONIFICO "DEA-VALIDAZIONI"	Totale da pagare €. _____
---	---------------------------

€. 60,00 pro-capite per partecipazione corsi DEA c/o CO 118 ARNAS Civico per personale <u>NON</u> sanitario x n° _____ partecipanti Causale obbligatoria da inserire nel BONIFICO "DEA-PARTECIPAZIONE CORSI"	Totale da pagare €. _____
--	---------------------------

€. 40,00 pro-capite per partecipazione corsi DEA c/o CO 118 ARNAS Civico per personale sanitario x n° _____ partecipanti Causale obbligatoria da inserire nel BONIFICO "DEA-PARTECIPAZIONE CORSI"	Totale da pagare €. _____
---	---------------------------

Modalità di pagamento:

- Il pagamento potrà essere anche effettuato con bonifico bancario intestato "esclusivamente" sulle seguenti coordinate bancarie attivate presso l'Istituto Cassiere Aziendale:

IBAN:	IT 32 I 02008 04671 000300734729
BIC SWIFT:	UNCRITM 1854
C/C INTESTATO A:	"AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS CIVICO, DI CRISTINA E BENFRATELLI" PRESSO UNICREDIT AG PALERMO "LI BASSI"

Mail su cui l'Arnas Civico trasmetterà la fattura	_____
---	-------

Copia della ricevuta di pagamento dovrà essere inviata all'indirizzo mail ricavi@arnascivico.it in allegato al presente Modulo compilato in ogni sua parte.

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per la eventuale mancata emissione della fattura dovuta ad una non corretta o insufficiente compilazione delle informazioni richieste dal presente modulo.

Data _____

Firma