



Policlinico S. Orsola-Malpighi

Direzione Generale
Controllo di gestione e sistema informativo

Modulo per trattamento conservativo

SEZIONE A

DATI IDENTIFICATIVI DELLA DITTA incaricata del Servizio	
Ragione Sociale _____	
P.IVA _____	Codice fiscale _____
Cod SDI Fatt Elettronica (7 caratteri) _____	
PEC (da indicare in caso di assenza di codice SDI) _____	
Indirizzo _____	N° _____ Città _____ (____)
Telefono _____	Fax _____
Mail _____	
Timbro e firma del Titolare della Ditta _____	

SEZIONE B

DATI IDENTIFICATIVI DELLA DITTA incaricata della documentazione	
Ragione Sociale _____	
P.IVA _____	Codice fiscale _____
Cod SDI Fatt Elettronica (7 caratteri) _____	
PEC (da indicare in caso di assenza di codice SDI) _____	
Indirizzo _____	N° _____ Città _____ (____)
Telefono _____	Fax _____
Mail _____	
Timbro e firma del Titolare della Ditta _____	

SEZIONE C

Dati inerenti il servizio funebre	
Nome _____	Cognome _____
Data decesso _____	
Città di sepoltura _____	Data _____

SEZIONE D

Dati inerenti il pagamento	Importo € 42,70 comp. I.v.a c.d.
Indicare a quale ditta bisogna inviare la fattura	
Il pagamento dovrà avvenire mediante bonifico bancario sul c/c interstato a:	
Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi	
IBAN: IT50F0306902520100000046029	
COD BIC/SWIFT: BCITITMM	
In essere presso CARISBO -Filiale Via Marconi - Bologna	

Il modulo compilato in ogni sua parte con allegata la ricevuta del pagamento dovrà essere rilasciato agli addetti della Camera Mortuaria il giorno del servizio.