

FAC-SIMILE PREVENTIVO

Data: _____

Nominativo Professionista: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Contatti: _____ (telefono/email/PEC)

Destinatario: _____ (Cliente/Committente)

Oggetto: Offerta per prestazioni libero-professionali sanitarie

1. Referente professionale:

2. Tipologia dell'attività richiesta:

3. Luogo di espletamento:

4. Orario e calendario di svolgimento:

5. Tariffe applicate:

- Compenso lordo: € _____ per ora / prestazione

- Inclusione rivalsa ENPAPI 4%: Sì No

- Eventuale IVA o esenzione: _____

6. Fatturazione e modalità di pagamento:

- Emissione fattura: al termine di ogni prestazione / mensile

- Modalità di pagamento: Bonifico bancario Altro: _____

- Termine pagamento: _____ giorni data fattura

7. Validità dell'offerta:

- Il presente preventivo è valido fino al: _____

8. Note aggiuntive:

Luogo e Data

Firma del professionista
