

L.R. 19/25 art. 6 commi 67-69

REVISIONE DEFIBRILLATORI 2026

Elenco giustificati di spesa per costi sostenuti dalla ASD/SSD

ALLEGATO B

ALLEGARE COPIA FATTURE ELETTRONICHE E RELATIVE ATTESTAZIONI PAGAMENTO (COPIA BONIFICO BANCARIO COMPLETO DI CRO/TRN)

	FORNITORE	NUMERO E DATA FATTURA	DATA PAGAMENTO	DESCRIZIONE materiale acquistato /servizio	QUANTITÀ	IMPORTO TOTALE
1						- €
2						- €
3						- €
4						- €
5						- €
6						- €
7						- €
8						- €
9						- €
10						- €
11						- €
12						- €
13						- €
14						- €
15						- €
16						- €
17						- €
18						- €
19						- €
20						- €

TOTALE

- €