

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 )**

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

**TOTALE**

**- €**