

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Il sottoscritto

Residente a via /piazza

C.I./Pat. Di guida n° scadenza.....

A seguito delle cure di protesica odontoiatriche ricevute, si impegna a versare alla ASL 3

- Euro.....a titolo di anticipo (1/4 del preventivo)
- Euro.....a saldo

Per un importo totale di Euro.....

Tramite bonifico bancario intestato ad ASL 3 - cod. IBAN: IT12D0538701406000047047162 - BPER BANCA S.P.A. Genova – Agenzia 6 Piazza Dante 40 r, Genova

Causale del bonifico: PAGAMENTO PRESTAZIONI DI PROTESICA ODONTOIATRICA
Specificando quale rata si sta pagando (anticipo, saldo)

FIRMA

.....

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

N.B.

Si informa che in caso di mancato pagamento si procederà al recupero del dovuto per vie legali.