

Coco
Grossi
6/10/11
m



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

*Poliambulatorio di Oristano
Via Michele Pira*

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
6 - OTT 2011
Arrivato il _____ Prot. N. <u>65117</u> del <u>06/10/11</u>

Oristano 05/10/2011

Oggetto: richiesta cartellini

Al Responsabile
Del Servizio Provveditorato
Dr.ssa Demurtas M.G.

Si richiede con cortese **URGENZA** la fornitura di N° 1000 cartellini rileva presenza per gli Specialisti Ambulatoriali.

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 477 del 20/09/2011
Composto di n° 1 fogli

ASL n° 5
Poliambulatorio di Oristano
Dirigente Medico
Dr.ssa PEDDIO Clelia

Cordiali saluti

Il Medico Dirigente

ICART s.r.l.

Cancelleria, Carta, Arredi Ufficio e affini

ICART s.r.l. - Sede legale: Via della Solidarietà, 1 - POZZOMAGGIORE
 Stab. E Uff. Zona Ind. Bonu Trau - Tel. 0785.20442-21839 - MACOMER
 E-mail: icart@iscali.it - P.IVA 01654620903

BANCA DI SASSARI AG. DI Pozzomaggiore
 C.C. 3003678 - ABI 5678 CAB 85040
 C.C. POSTALE n° 11514072

Destinatario: C.C. 7/10/11
 AZIENDA U.S.L. N. 5 ORISTANO
 VIA ROCKEFELLER
 09170 ORISTANO (NU)

Spedire a:
 AZIENDA U.S.L. N. 5 ORISTANO
 VIA ROCKEFELLER
 09170 ORISTANO (NU)

Tipo Documento
 PREVENTIVO DI VENDITA

Cliente	Partita IVA - Codice Fiscale	Categ.	Zona	Agente	Riferimento	Numero Documento	Data	Pag.
2525	00681110953					964/PU	06/10/2011	1

Codice	Descrizione Natura e Qualità Prodotti	U.M.	Quantità	Prezzo	Sc.1	Sc.2	Sc.3	Importo	IVA
A0031	Us richiesta del 06.X.2011prot.n.65115 SCHEMA OROLOGIO 225X104	NR	1000,00	0,07500				75,00	21

Consegna pronta ns carico
 Saluti cordiali
 cf

Servizio Sanitario Regionale Sardegna
 ASL n° 5 - ORISTANO
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato

6 - OTT 2011

Arrivato il
 Prot. N. 68577
 20/10/2011

Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° 477 del 20/10/2011
 Composto di n° 1 fogli

Totale Importi	% Scontati	Importo	Spese Accessorie	Spese Escluse	Imponibili	IVA	Imposta
75,00					75,00	21%	15,75

Documento di Trasporto/Fattura (DPR 47/96)	Totale Imponibile	Totale Imposta	Totale Documento
	75,00	15,75	90,75

Descrizione del Pagamento: 02 RIMESSA DIRETTA
 Scadenze e Importi Pagamento: Banca d'Appoggio

Causale Trasporto: Trasporto a Cura
 Aspetto Esteriore dei Beni

Data e Ora Inizio Trasporto: _____
 Firma Conducente / Vettore: _____
 Firma Destinatario: _____

Vettore: _____
 Annotazioni: _____

Al fini dell'adempimento della legge 248/06 vi preghiamo di controllare i dati sopra riportati e comunicarci eventuali variazioni.