



Ortopedia Crispi

Spett.le: Ortopedia Crispi
Arezzo

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI APPLICAZIONE DI ALIQUOTA IVA 4%

Il Sottoscritto Sig./Sig.ra _____ dichiara di essere affetto da menomazione/i di tipo funzionale/i permanente/i, con accreditamento regolarmente rilasciato da _____ in data ____ / ____ / _____ e a tale titolo, sotto la propria responsabilità civile e penale, richiede l'applicazione dell'aliquota IVA 4% (ex legge 104/92).

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

Dati anagrafici del richiedente

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ data di nascita _____

Residente in _____

Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Mail _____

Allegati:

Copia documento di identità

Copia codice fiscale