

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE

COGNOME E NOME – RAGIONE SOCIALE _____ _____ _____ C/C	<input type="checkbox"/> S.B.F. DISPONIBILITA' IMMEDIATA <input type="checkbox"/> S.B.F. MATURAZIONE DI VALUTA <input type="checkbox"/> EFFETTI ALLO SCONTO	<input type="checkbox"/> R.I.B.A. <input type="checkbox"/> EFFETTI AL DOPO INCASSO <input type="checkbox"/> _____
---	---	---

DATA SCADENZA	IMPORTO	NOME BANCA DOMICILIATARIA	NOME E INDIRIZZO DEL DEBITORE	NR. RICEVUTA	RIFERIMENTO
					Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
		ABI			Fatt.nr. del
		CAB	P.IVA		Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
		ABI			Fatt.nr. del
		CAB	P.IVA		Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
		ABI			Fatt.nr. del
		CAB	P.IVA		Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
		ABI			Fatt.nr. del
		CAB	P.IVA		Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
					Fatt.nr. del
		ABI			Fatt.nr. del
		CAB	P.IVA		Fatt.nr. del
TOTALE : € _____		NR. EFFETTI: _____		Timbro e Firma del Cliente Presentatore	