



Spett.le
Sevamed Srls
Via Giuseppe Petrarota 8
76125 TRANI (BT)
Email: ordiniweb@sevamed.it

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA DI APPLICAZIONE IVA AGEVOLATA

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 mia piena responsabilità civile e penale, richiedo l'applicazione dell'aliquota iva al 4% anziché al 22%.

Riepilogo dati di registrazione cliente sul sito <http://www.sevamed.it> :

NOME		
COGNOME		
CODICE FISCALE		
INDIRIZZO FATTURAZIONE		
INDIRIZZO SPEDIZIONE		
EMAIL		
TELEFONO		
PRODOTTI ACQUISTATI (inserire il codice di ciascun articolo e la relativa quantità)	CODICE PRODOTTO/I	QUANTITÀ
ESTREMI PAGAMENTO (inserire data e mezzo di pagamento)		

Data/...../.....

Firma.....

Documenti da allegare:

- Copia Carta d'Identità
- Copia Tessera Sanitaria