



# Fattura

Data della fattura

---

**Persona assicurata**

Cognome, nome

---

Numero d'assicurato (756.xxxx.xxxx.xx)

---

Via, n°

---

NAP, luogo

---

**Emittente della fattura**

Cognome, nome (nel caso in cui non sia la persona assicurata)

---

E-Mail, Numero di telefono (per eventuali chiarimenti)

---

Via, n°

---

NAP, luogo

---

**Conteggio**

NIF (sarà comunicato dopo la prima fatturazione)

---

Numero della decisione/comunicazione

---

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

---

Cognome, nome dell'intestatario del conto (nel caso in cui non sia l'emittente della fattura)

---

Via, N° dell'intestatario del conto

---

NAP, luogo dell'intestatario del conto

---

Data della prestazione fornita o periodo di conteggio (per forfait)	Descrizione della prestazione fornita	Numero	Cifra tariffale	Importo o punto tariffale	Importo in CHF

**Totale in CHF**

---

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.

Allegare a questa nota le fatture originali, ricette o prescrizioni.

Visto dell'ufficio AI:

**Osservazioni**

---

---

---

---

---