

CONTO DELLA GESTIONE DELL'AGENTE CONTABILE



AGENTE: NOME COGNOME: _____
 MATRICOLA: _____
 QUALIFICA/MANSIONE: _____

STRUTTURA: PRESIDIO/DISTRETTO SANITARIO: _____

ESERCIZIO: _____

PERIODO E OGGETTO DELLA RISCOSSIONE	ESTREMI RISCOSSIONE			VERSAMENTO IN TESORERIA		NOTE	
	RICEVUTA NN.(1)	CONTANTE IMPORTO	POS IMPORTO	WEB IMPORTO	QUIETANZA NN.(2)		IMPORTO
GENNAIO		€	€	€		€	
FEBBRAIO		€	€	€		€	
MARZO		€	€	€		€	
APRILE		€	€	€		€	
MAGGIO		€	€	€		€	
GIUGNO		€	€	€		€	
LUGLIO		€	€	€		€	
AGOSTO		€	€	€		€	
SETTEMBRE		€	€	€		€	
OTTOBRE		€	€	€		€	
NOVEMBRE		€	€	€		€	
DICEMBRE		€	€	€		€	
	TOTALE	€	€	€	TOTALE	€	

(1) numeri di ricevute o fatture attestanti la riscossione dell'imposta
 (2) numero di bolletta rilasciato dalla Tesoreria all'atto del versamento

Luogo e data

L'AGENTE CONTABILE

Il presente conto contiene n. registrazioni in n.

.....

PARIFICAZIONE
Visto di congruità si - no
Data Il Responsabile della Parificazione

Note: