

	
<b><u>DISTINTA DI LIQUIDAZIONE SERVIZIO DI</u></b>	
<b>Committente</b>	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Garibaldi” Catania – P.O. Garibaldi Centro/Nesima
<b>Appaltatore</b>	SOCIETA':
<b>PRESTAZIONI PREVISTE</b>	
<b>Riferimenti contrattuali</b>	
<b>PRESTAZIONI SVOLTE</b>	
<b>Oggetto del servizio</b>	
<b>Dettaglio delle prestazioni presso le U.O.</b>	
<b>Periodo di svolgimento delle prestazioni</b>	Mese:
<p>Si attesta che l'importo di cui alla <b>Fattura n.</b> _____ del __/__/__ emessa dalla società _____ corrisponde al costo riferito _____, come da Prospetto Contabile allegato.</p> <p><b>ORDINE n.</b> ____ del __/__/____. - <b>Liquidare e pagare l'Importo di € _____ IVA compresa.</b></p> <p style="text-align: right;">Il Responsabile del Procedimento di Liquidazione Sig.ra _____ _____</p>	
__/__/__	<b>SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE ALLA LIQUIDAZIONE</b>
<b>Firma del RUP</b>	Dott. _____ _____
<b>Firma del Dirigente Responsabile della U.O.C. Provveditorato ed Economato</b>	Dott. _____ _____