

(Allegato 4)

Al Presidente dell'Associazione Temporanea di Imprese
"OPERATORI DEL CENTRO COMMERCIALE NATURALE DI CASTEL SAN PIETRO TERME"
CASTEL SAN PIETRO TERME (BOLOGNA)

DITTA _____

RIEPILOGO DEI COSTI (al netto di IVA)						
N. Progres.v o	N. Fatt	DATA Fatt.	TIPOLOGIA DI SPESA	PRIORITA'	FORNITORE	importo al netto di IVA in Euro
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTALE						

Data, _____

Il Titolare/Legale Rappresentante

(Timbro e firma)