

Furnizor: **ARA MEDICAL VET**

**INVESTIGATII**

(denumire, formă jurid.)

Nr. înmatric. Reg. com./an.: **740/4635/2015**

Cod de înreg. fiscală: **RO34378150**

Sediul: **BD. A MAI NR. 43**

**BL C14**

Județul: **BUCUREȘTI**

Contul: **RO371N680000999904958691**

Banca: **ING**

Capital social: .....

Cota T.V.A. **19** %

**ARISA**

Seria **AAINV** Nr. **190**

Cumpărător: **ASOCIATIA RESCUE**  
**REHABILITATE DE HOME**

(denumire, formă jurid.)

Nr. înmatric. Reg. com./an.: .....

Cod de înreg. fiscală: **34250672**

Sediul: **Giuzgului**

**NR. 58-70**

Județul: **BUCUREȘTI**

Contul: .....

Banca: **TRANSILVANIA**

## FACTURĂ

Nr. facturii **AAINV 190**

Data (ziua, luna, anul) **02.11.2018**

Nr. avizului de însoțire a mărfii.....

(dacă este cazul)

Nr. crt.	Denumirea produselor sau a serviciilor	U.M.	Cantitatea	Pretul unitar (fără T.V.A.) - lei -	Valoarea - lei -	Valoarea T.V.A. - lei -
0	1	2	3	4	5(3X4)	6
1	INTERPRETARE EXAMEN MICROSCOPIC	Buc	1	16,81	16,81	3,19
<b>TRASAT PRIN OP</b>						
					16,81	3,19



Date privind expediția

Numele delegatului .....

CNP .....

Buletinul/carta de identitate .....

nr. .... eliberat(ă) .....

Locul de transport .....

Expedierea s-a efectuat în prezența noastră la data de ..... ora .....

Semnăturile .....

Total din care: accize

Semnătura de primire

Total de plată (col.5+col.6)

**20,00**