

POSTE ITALIANE SPA
FILIALE DI.....

ALL'UFFICIODI.....

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO DEI PAGAMENTI DELLE SPESE DI EFFETTUATI
PER CONTO DELL'UFFICIO.....DI.....**

		MESE	ANNO					
N. d'ordine	N. Registro Iscrizione spese	Cognome e nome del creditore	Data dell'accredito/ pagamento in ufficio postale	Ammontare lordo del pagamento	Ritenuta Irpef	Bollo	Importo netto dei pagamenti	Capitolo/articolo di bilancio oggetto del pagamento
1	2	3	4	5	6	7	8	9

DATA.....

IL FUNZIONARIO
DELLA FILIALE

Visto:
L'UFFICIO DI.....
