

IBAN: IT03A0100539040000000218000

BNL Dipendenza Di Civitavecchia

IMPORTO: € 50,00

INTESTATO A: AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL RM F – VIA
TERME DI TRAIANO N. 39 – 00053 CIVITAVECCHIA (RM)

CAUSALE DEL VERSAMENTO: PRESENTAZIONE NOTIFICA
IMPRESA SETT. ALIMENTARE AI FINI DELLA REGISTRAZIONE

**PER IL PAGAMENTO EFFETTUATO PRESSO IL CUP IL CODICE DA
UTILIZZARE È: “A.M.5.22” NOTIFICA SIAN**