

IBAN: IT03A0100539040000000218000

BNL Dipendenza Di Civitavecchia

IMPORTO: € 20,00

**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**