

ALLEGATO 1

ESTREMI PER VERSAMENTI MACELLAZIONE SUINI A DOMICILIO

VERSAMENTO 1

Intestazione: **ASL ROMA 6 - BORGO GARIBALDI 12 - 00041 ALBANO LAZIALE**
N. C/C postale: **20599015**
Importo dovuto: **€ 22,51** a suino + **€ 0,52 a km.** (indennità chilometrica)
Causale di versamento: **codice prestazione 5B** macellazione suini a domicilio
: **centro di costo: 0420170600**

VERSAMENTO 2

I. Z. S. LAZIO E TOSCANA
Importo dovuto: **€ 8,00** : per **1 suino** codice prestazione AL 130
Importo dovuto: **€ 16,00** : per **2 suini** codice prestazione AL 130
Importo dovuto: **€ 19,00** : per **3 suini** codice prestazione AL 129

PER IL PAGAMENTO SEGUIRE LE ISTRUZIONI RIPORTATE NELL' ALLEGATO 2