

(Allegato 5)

Al Presidente del Gruppo Temporaneo di Imprese  
"OPERATORI DEL CENTRO COMMERCIALE NATURALE DI CASTEL SAN PIETRO TERME"  
CASTEL SAN PIETRO TERME (BOLOGNA)

DITTA \_\_\_\_\_

RIEPILOGO DEI COSTI (al netto di IVA)						
N. Progres.v	N. Fatt.	DATA Fatt.	TIPOLOGIA DI SPESA	PRIORITA'	FORNITORE	Importo al netto di IVA in Euro
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
<b>TOTALE</b>						

Data, \_\_\_\_\_

Il Titolare/Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)