

MODULO ORDINE FAX - N° Fax 0118013997

DATI DI FATTURAZIONE:

NOME	COGNOME	
SOCIETA'		
P.IVA/C. F.		
INDIRIZZO	N°	
LOCALITA'	CAP	PROVINCIA
E-mail	Tel	
Fax	Cell.	

INDIRIZZO DI CONSEGNA SE DIVERSO :

C/o		
INDIRIZZO	N°	
LOCALITA'	CAP	PROVINCIA

1. COMPILATE INSERENDO IL/I PRODOTTI

Codice	Prodotto (descrizione)	Quantità	Prezzo (iva esclusa)

2. INDICATE LA MODALITA' DI PAGAMENTO

CONTRASSEGNO	BONIFICO BANCARIO	RICEVUTA BANCARIA solo per clienti acquisiti

BANCA _____

IBAN

Firma per accettazione _____