Da compilare a cura del cliente
Barrare la casella interessata: PERSONA FISICA □ SOCIETA' □

RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME:

INTERLOCUTORE : MANSIONE

E-MAIL TEL./CELL.:

1) SEDE LEGALE o DOMICILIO FISCALE

Via. Loc./Comune

CAP PROV TEL FAX

PARTITA I.V.A. N COD. FISC

2) INTESTAZIONE ED INDIRIZZO PER INVIO LA FATTURA

RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME:

Via Loc./Comune

CAP PROV TEL FAX

PARTITA I.V.A. N. .COD. FISC

INTERLOCUTORE

3) INTESTAZIONE ED INDIRIZZO PER INVIO RAPPORTI DI PROVA (se diverso da 1)

RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME:

Via Loc./Comune

CAP.. PROV. TEL FAX

E-MAIL…….

Autorizzo l'inserimento dei miei dati nei vostri archivi informatici, nel rispetto di quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali.
In ogni momento, a norma dell'art. 7 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003, potrò comunque avere accesso ai miei dati, richiederne l'aggiornamento o la cancellazione

Data ……Firma ……

Da compilare a cura di Arpa
CONTATTO RICEVUTO DA:

MOTIVO DEL CONTATTO: Richiesta offerta per prestazione complessa □ trasmesso Mod3-P40401/LM □
Richiesta offerta semplice □ trasmesso Mod1- P40401/LM □
Presentazione campioni allo sportello □ trasmesso Mod4-P40401/LM □

Firma del compilatore…….

NOTA: In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n.605 del 29/9/73 e successive modifiche, Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci una corretta fatturazione delle prestazioni richieste e si ricorda che il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo il ricevimento di ns. fattura.
Si fa presente che in caso di omessa risposta o inesattezza nella compilazione le sanzioni previste saranno a Vs. carico.