

MODULO RICHIESTA ORDINE modulo da compilare, firmare e inoltrare all'indirizzo :volantex@tiscali.it

N° _____ MASCHERINE USO FACCIALE Modello: _____ Colore: _____

Dispositivo conforme alla normativa in vigore, non marchiato CE così come consentito dal D.L. n.18 art. 16 co. 2 del 17/03/2020. Il produttore dichiara di garantire che le proprie mascherine non arrecano danno o determinano rischi aggiuntivi per gli utilizzatori secondo la destinazione d'uso prevista dal produttore stesso che è quella di "uso sociale"

DATI PER FATTURAZIONE RAGIONE SOCIALE _____
INDIRIZZO Via _____ n° _____ cap _____ città _____
provincia _____ NUMERO DITELEFONO _____
EMAIL _____
PEC _____ P.IVA _____
C.F. _____ COD. SDI / CIG: _____

INDIRIZZO DI CONSEGNA compilare solo se diverso dalla fatturazione

RAGIONE SOCIALE _____
INDIRIZZO Via _____ n° _____ cap _____ città _____
provincia _____ NUMERO DITELEFONO _____

INDICARE UN NOMINATIVO COME REFERENTE PER LA SPEDIZIONE _____

CONDIZIONI DI PAGAMENTO E SPEDIZIONI

SPEDIZIONE: a mezzo corriere da definire

COSTO SPEDIZIONE:

COSTO MASCHERINE:

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO SU C/C IT 82Y0200830362000002042029

Da effettuarsi alla nostra conferma d'ordine. Seguirà mail di conferma d'ordine con la data di consegna stimata e il costo di spedizione.

ENTE A CUI DONARE:

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi degli effetti di cui Art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679). **TIMBRO E FIRMA**