


MODULO ORDINE

DATI PER LA FATTURAZIONE

RAGIONE SOCIALE	
INDIRIZZO/CITTÀ	
PARTITA IVA/CF	
CODICE SDI	
PEC	
TELEFONO	
MAIL	
n° OFFERTA	

Persona di riferimento per le comunicazioni _____

Consegnato/i da _____ II _____
(indicare Cognome e Nome)

Campionamento eseguito da _____

Luogo/Data Prelievo _____

NOTE _____

NUMERO CAMPIONI DA ANALIZZARE _____

NOME/CODICE CAMPIONE*	PESO	TIPOLOGIA CAMPIONE	ANALISI RICHIESTA

**Il nome e/o il codice da Voi indicati verranno riportati nel rapporto di prova*

Il cliente autorizza l'emissione di fattura relativa alle prestazioni richieste e si impegna al pagamento.

Data/...../.....

Firma del Cliente.....

SPAZIO RISERVATO AD ACCETTAZIONE TOXMED	
CODICE INGRESSO CAMPIONE_____	
Data e ora di ricevimento del campione.....	
Temperatura del campione al ricevimento: <input type="checkbox"/> ambiente <input type="checkbox"/> refrigerata <input type="checkbox"/> cong /surg <input type="checkbox"/> T=.....°C	
Immediatamente collocato: <input type="checkbox"/> in apposito armadio <input type="checkbox"/> in frigorifero/freezer alla temperatura di°C	
Il campione deve essere restituito al cliente dopo la prova <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Osservazioni	
Data/...../.....	Firma