

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

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 |
|--|-----------------------|------|--------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



MODULO D' ORDINE

TX 10

Page 2 of 3

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**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.

Accettazione offerta n° _____

Presa visione condizioni generali di contratto

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

Firma del Cliente.....

TOXMED srl

Sede legale: Via Freud 4 - 09126 Cagliari (CA) Italy - PI:IT03770620924

Laboratorio accreditato GLP con autorizzazione 33/2022.

Sede operativa: CeSAR- Cittadella Universitaria di Monserrato- Blocco A 09042 Monserrato (CA)

www.toxmed.it info@toxmed.it



MODULO D' ORDINE

TX 10

Page 3 of 3

SPAZIO RISERVATO AD ACCETTAZIONE TOXMED

CODICE INGRESSO CAMPIONE _____

Data e ora di ricevimento del campione.....

Temperatura del campione al ricevimento: ambiente refrigerata cong /surg T=.....°C

Il campione deve essere restituito al cliente dopo la prova SI NO

Osservazioni

Data / /

Firma