

DATI FATTURAZIONE

DENOMINAZIONE ASD/SSD			
REFERENTE			
INDIRIZZO			N.
COMUNE	CAP	PROVINCIA	
TELEFONO	E-MAIL		
C.F.	P.IVA		
N. DEFIBRILLATORI RICHIESTI			

DATI SPEDIZIONE

sezione da compilare solamente se l'indirizzo di consegna richiesto è diverso da quello di fatturazione scritto sopra

NOMINATIVO		
INDIRIZZO		N.
COMUNE	C.A.P.	PROVINCIA

NOTE

--