

## Dati di fatturazione

NOME		COGNOME	
SOCIETÀ		PROFESSIONISTA SANITARIO	SI NO
COD. FISCALE		P. IVA	
INDIRIZZO		LOCALITÀ	
CAP	PROVINCIA	EMAIL	
TEL		FAX	

## Indirizzo di consegna (se diverso dai Dati di fatturazione)

C/O

INDIRIZZO		LOCALITÀ	
CAP	PROVINCIA	EMAIL	

## Prodotti da ordinare

CODICE	PRODOTTO (DESCRIZIONE)	QUANTITÀ	PREZZO (I.E.)

## Modalità di pagamento (barrare con una X l'opzione desiderata)

BONIFICO BANCARIO	<input type="checkbox"/>	CONTRASSEGNO	<input type="checkbox"/>	PAYPAL	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------	--------------------------

## Note

### Attenzione

La presente non costituisce Conferma d'ordine.

Una volta ricevuti e registrati i suoi dati, le invieremo la Conferma d'ordine con l'indicazione di: spese di spedizione (per importi < € 50), totale dell'Ordine, tempi per la consegna e indicazioni per il pagamento dell'anticipo (50% del totale).

L'Ordine entrerà in lavorazione con la ricezione dell'avvenuto pagamento dell'anticipo e con la Conferma d'ordine firmata per accettazione.