



## CONFERMA D'ORDINE MASCHERINE CHIRURGICHE RII, certificate

### AZIENDA

Nome/ Cognome responsabile \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo di fatturazione (Pagamento su fattura a 30 giorni)

### ORDINE

\_\_\_\_\_ Nr. di cartoni / 2'000 PZ PER CARTONE

### RITIRO

da concordare

**Il presente formulario è da ritornare via e-mail a [trabucchi@cc-ti.ch](mailto:trabucchi@cc-ti.ch)**

Data / timbro/ firma

\_\_\_\_\_