

MODULO D'ORDINE

Da stampare e inviare

Per Fax: 0392055518

Per Posta : Flashmed Srl., Via dei Mille, 38 - cap 20058 Villasanta MI

DATA: __ / __ / ____

ORDINE:

Prodotto	Codice	Prezzo unitario Euro	Quantità	Ammontare Euro
			SUB -TOTALE €	
			Trasporto* €	
			TOTALE €	

* aggiungere Euro 20 per spese di trasporto per importi inferiori a € 150,00.

Per alcuni prodotti di maggior ingombro, indicati in catalogo, il trasporto verrà valutato al momento dell'ordine

DATI CLIENTE

Nome _____ Cognome _____ e-mail _____
Telefoni: _____ cellulare _____

INDIRIZZO DI CONSEGNA:

Nome/Cognome _____ Indirizzo _____ Cap/Citta' _____ Orari Di Consegna _____

FATTURA: Si No

Nominativo o Ragione Sociale per fattura _____
Domicilio (se differente da quello d'invio) _____
CF _____ P.IVA (se differente) _____

PAGAMENTO:

- in contrassegno, oppure
- tramite bonifico bancario a Flashmed Srl. (Banca Intesa - BCI - Filiale 2057 Milano 57 - Conto 3212146 - ABI 03069 - CAB 09574)

FIRMA/TIMBRO