

# MODULO D'ORDINE CONTRASSEGNO

da inviare via FAX al seguente numero:  
0321031202

Desideriamo ricevere il PACHETTO HACCP  
Inoltratecelo in contrassegno al nostro indirizzo  
al prezzo di 39 Euro + 7 Euro contributo spese di spedizione + IVA:  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Persona di Riferimento \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_