SI PREGA DI INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE A :

ordini.confindustria.al@twinhelix.eu

per info: 0289450270

Egregi signori;

Con la presente emettiamo ordine per nr. ………… confezioni di tamponi rapidi AG-20 a euro …….. a confezione per un totale di euro …………. **pagamento anticipato a ricevimento fattura**

Di seguito forniamo i dati per la fatturazione:

RAGIONE SOCIALE……………………………………………………………………………………………………………………………..

INDIRIZZO COMPLETO ………………………………………………………………………………………………………………………

CODICE FISCALE E PARTITA IVA …………………………………………………………………………………………………………

TELEFONO ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

EMAIL CERTIFICATA ……………………………………………………………………………………………………………………….…

EMAIL DI CONTATTO ( per invio copia di fattura di cortesia) …………………………………………………………..

CODICE SDI (FATTURAZIONE ELETTRONICA) ……………………………………………………………………………………..

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE SE DIVERSO DA QUELLO DI FATTURAZIONE

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto ............................................................................................................

In qualità di …………………………………………….

Acquistando il prodotto SARS-COV-2 Antigen(Ag) Rapid Test Kit, prendiamo atto che i kit potranno essere utilizzati solo da un operatore sanitario qualificato, assumendoci tutte le responsabilità professionali inerenti all'uso del dispositivo.

Con la presente, decliniamo Twin Helix Srl da ogni responsabilità inerente all’uso del dispositivo sopra citato.

In fede

Luogo, data ..........................

   Firma....................................