

MODULO D'ORDINE

(da spedire per posta o via fax)

Spett.le DOLCESONNO
Via Fiume, 26
70043 Monopoli (BA)
fax 080745642

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____

residente a _____ Prov. ____ Via/Piazza _____ n. ____

con il presente ordina n. _____

materassi Mod. SALUTE (Presidio Medico Sanitario di Classe I), in pura schiuma di lattice 100%, 7 zone a portanza differenziata con altezza della lastra cm. 18 e altezza del prodotto finito cm. 20. Rivestimento sfoderabile con cerniera su tre lati, trapuntato, in cotone con fibra d'argento, Silver Safe, antimicrobico, antistatico, antiodore, lavabile in lavatrice a 40°C.

Dimensioni:

	Prezzo Unitario (IVA 4%)	Totale
<input type="checkbox"/> cm. 80x190 pz. ____	€ 399,00	€ _____
<input type="checkbox"/> cm. 120x190 pz. ____	€ 599,00	€ _____
<input type="checkbox"/> cm. 160x190 pz. ____	€ 799,00	€ _____
<input type="checkbox"/> cm. _____ pz. ____	€ _____	€ _____

(chiedere preventivi telefonici)

TOTALE € _____

Allega alla presente l'autocertificazione, quale avente diritto all'IVA ridotta al 4% per l'acquisto di Dispositivi Medici di Classe 1, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e la fotocopia del Codice Fiscale.

Data, _____

FIRMA

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

FIRMA
