

CONFERMA D'ORDINE N°:

DATA ___/___/___

NOSTRA BANCA:

CASSA RURALE ED ARTIGIANA DI LUCINICO E FARRA

IBAN: IT66 VO86 2212 4030 0800 0000 868

COD. M.R.

DESCRIZIONE PRODOTTO

Tot. Merce: € _____

Spese sped.: +€ 14,00

TOTALE: € _____

INTESTATARIO FATTURA:

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

C.F. _____

Tel _____

Timbro Farmacia

IL CLIENTE SI IMPEGNA A CONFERMARE L'ORDINE

Firma: _____

Forza maggiore: in caso di forza maggiore la medical rent non è responsabile per il ritardo o la mancata consegna del prodotto ordinato.

Inviare conferma via fax al numero 0481.33161