

RAGIONE SOCIALE: _____

SEDE LEGALE Via _____ n _____

CAP _____ Città _____ (____)

Cod. Fiscale _____ P.iva _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

SEDE OPERATIVA Via _____ n _____

CAP _____ Città _____ (____)

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

PEC. _____

RESPONSABILE COMMERCIALE _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

DIREZIONE MEDICA- FARMACOVIGILANZA:

REFERENTE _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

PEC. _____

DEPOSITARIO CUI INVIARE GLI ORDINI: _____

Via _____ n _____

CAP _____ Città _____ (____)

Cod. Fiscale _____ P.IVA _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

PEC. _____

RECAPITI PER ASSISTENZA:

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

PEC. _____

Data _____

Firma _____