

**CONVENZIONE ORDINE MEDICI ODONTOIATRI COMO
RIFERIMENTO COMMERCIALE DI ZONA ROSSANA GARRO
342/3625999 ROSSANA.GARRO@ECOGIEFFE.IT
DATI RICHIEDENTE**

DATA DI SOTTOSCRIZIONE	DATA PARTENZA DEL SERVIZIO	OFFERTA NUMERO
------------------------	----------------------------	----------------

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (allegare obbligatoriamente copia del documento d'identità),

RAGIONE SOCIALE/COGNOME E NOME		
INDIRIZZO SEDE LEGALE		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
PARTITA IVA	CODICE FISCALE	CODICE ATECO
PEC		CODICE UNIVOCO FATTURA ELETTRONICA

RICHIEDE PER LA SEGUENTE SEDE OPERATIVA (in caso di più sedi operative compilare un modulo per sede)

INDIRIZZO						
CAP	CITTA'					PROVINCIA
TELEFONO UFFICIO OPERATIVO	CELLULARE DEL RESPONSABILE			MAIL OPERATIVA		
	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	CONVENZIONE
MATTINO						ORDINE MEDICI ODONTOIATRI COMO
POMERIGGIO						

Note

© COPYRIGHT E TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI - COPYRIGHT AND ALL RIGHT RESERVED

Il presente documento è stato elaborato esclusivamente per le esigenze richieste e deve essere inteso come riservato e non divulgabile, in quanto è il frutto delle conoscenze, metodologie, dei processi e delle informazioni appartenenti alla scrivente società, che ne rivendica quindi la proprietà intellettuale.

E' vietata la duplicazione o la divulgazione della presente offerta all'interno della vostra Azienda e/o attività, se non per la sola finalità di valutazione della stessa, resta intesa che è espressamente vietata la duplicazione o la divulgazione all'esterno della vostra Azienda e/o attività se non espressamente da noi autorizzata per iscritto.

Ogni violazione della riservatezza comporterà l'assunzione della responsabilità diretta, sia civile che penale, dei danni commerciali, d'immagine e reputazionale che potranno derivare alla scrivente e/o alle sue controllate e collegate.

La sola ricezione della presente proposta comporta accettazione delle clausole di cui sopra.