

Modulo d'ordine



ALPHA-CURE

Completare e spedire a mezzo fax al seguente numero:
(+44) (0) 1327 263902

RAGIONE SOCIALE

RAGIONE SOCIALE: _____

NOME: _____

COGNOME: _____

TELEFONO: _____

EMAIL: _____

INDIRIZZO: _____

FAX: _____

LAMPADE

NUMERO REFERENTE
ALPHA-CURE : _____ (Se conosciuto)

ALTRO NUMERO
DI RIFERIMENTO: _____ (Se non conosciuto)

QUANTITA' RICHIESTA : _____

DATA DI CONSEGNA RICHIESTA : _____

VOSTRO ORDINE NUMERO.: _____

INDIRIZZO DI CONSEGNA: _____
(Se diverso dall'indirizzo fatturazione)