

## MODULO RITIRO DAE

DATI DI FATTURAZIONE		
RAGIONE SOCIALE		
INDIRIZZO		
CITTA'		
PROVINCIA		
CAP		
TELEFONO FISSO		
CELLULARE		
INDIRIZZO MAIL		
INDIRIZZO PEC		
COD. DESTINATARIO/UNIVOCO		
PARTITA IVA		
CODICE FISCALE		
DATI DI RITIRO		
MITTENTE		
INDIRIZZO		
CITTA'		
PROVINCIA		
CAP		
REFERENTE		
RECAPITO TELEFONICO		
INDIRIZZO MAIL		
PREFERENZE GG E ORARI		
NOTE		
DATI DI RICONSEGNA (Compilare solo se diversi dal RITIRO)		
DESTINATARIO		
INDIRIZZO		
PROVINCIA - CITTA' - CAP		
REFERENTE - RECAPITO TEL.		
DATI DEFIBRILLATORE (*)		
MODELLO		
NUMERO SERIALE (SN)		
INTERVENTO RICHIESTO		
PIASTRE ADULTI	SCADENZA	SOSTITUZIONE
PIASTRE PEDIATRICHE	SCADENZA	SOSTITUZIONE
RICHEISTA DEFIBRILLATORE SOSTITUTIVO (MULETTO)		

(\*) In caso di 2 o più defibrillatori copiare questo documento e compilare solo l'ultima sezione, **DATI DEFIBRILLATORE**, in ogni sua parte