MODULO D' ORDINE

accessoriFarmacia

articoli e accessori per farmacie

Cliente _____

_____

_____

P.IVA/C.F. _____

Tel./Fax _____

E-mail _____

PHARMALOGIC S.r.l.
Via del Lavoro, 60
36034 Malo - VI -
Tel. 0445 382 454
Fax 0445 637 466
C.F. e P.I. 03561480249
E-mail: info@accessorifarmacia.it
www.accessorifarmacia.it
www.pharmalogic.it

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo unitario	Prezzo totale
Totale iva esclusa €				

Luogo e data ……..	Timbro e firma _____ *da rispedire via fax al n. 0445 637466*
Il cliente dichiara di aver preso visione delle Condizioni Generali di Fornitura riportate nel sito www.accessorifarmacia.it e di accettarle integralmente.	