RICHIESTA LINEE CELLULARI

|  |
| --- |
| uso interno ICLC |

**da compilare al computer** e inviare via mail ([paola.visconti@hsanmartino.it](mailto:paola.visconti@hsanmartino.it)) insieme al modulo *Termini e condizioni* e ad un buono d’ordine ufficiale (con l'indicazione dei prezzi) intestato a:

Banca Cellule - Centro Risorse Biologiche (CRB-HSM)     
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino   
L.go R. Benzi, 10 16132 Genova

Desidero ricevere le seguenti linee cellulari:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nome della linea | codice catalogo ICLC | n° ampolle congelate | n° fiaschine in coltura |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Le linee** dovranno essere inviate al seguente indirizzo, all’attenzione di:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nome e cognome | |  | | | | |
| istituzione/ditta | |  | | | | |
| indirizzo | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| tel. |  | | fax |  | e-mail |  |

**La fattura** dovrà essere intestata a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nome e cognome | |  | | | | | |
| istituzione/ditta | |  | | | | | |
| indirizzo | |  | | | | | |
| codice destinatario per fatturazione elettronica (aziende private) | | | | |  |  | |
| codice fiscale | |  | | partita IVA |  | | |
| tel. |  | | fax |  | e-mail | |  |

Data                 Firma                     