DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE

RAGIONE SOCIALE:	
SEDE LEGALE:	
SEDE AMMINISTRATIVA	
RECAPITO SPEDIZIONE FATTURE:	
CODICE FISCALE:	
PARTITA IVA:	
TELEFONO:	
FAX:	
E-MAIL:	
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA:	
BANCA D'APPOGGIO:	
AGENZIA:	
CODICE ABI:	
CODICE C.A.B.:	
N. C/C:	
CODICE IBAN:	

Si prega di restituire il presente modulo, compilato in ogni sua parte, al numero fax 045-6450022 oppure all'indirizzo di posta elettronica **amministrazione@rmisrl.com**