



MODULO DI RICHIESTA "OFFERTA - BIGLIETTI DA VISITA"

Dati Richiedente (tutti i campi sono obbligatori)

Cognome	Nome	Ragione Sociale		
Indirizzo		Cap	Città	Provincia
C.F. / P. Iva	Indirizzo email		Telefono	Fax

Io sottoscritto/a dichiaro, sotto la mia responsabilità, ed al fine di ottenere quanto richiesto, che i dati riportati nel presente modulo corrispondono integralmente a verità.

Autorizzo la NEW TEAM Società Cooperativa ad effettuare ogni accertamento ritenuto utile alla presente richiesta.

Dichiaro altresì, agli effetti dell'art. 21 L. 142/92 e dell' art. 117 d. lgs. 385/93, di aver trattenuto copia conforme all'originale della presente richiesta completa in ogni sua parte.

Luogo e data _____

Timbro e firma _____

Dati da inserire sul biglietto da visita

Ragione Sociale	
Cognome	
Nome	
Telefono	
Cellulare	
Indirizzo	
CAP	
Città - Provincia	
E-mail	
Logo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In caso di risposta affermativa si prega di inviare il logo in alta definizione al seguente indirizzo: info@newteamsolutions.it
Info per il retro	

Luogo e data _____

Timbro e firma _____

Una volta compilato il presente modulo in ogni sua parte, inviarlo, a mezzo fax al numero **081.011.28.52** oppure a mezzo mail all'indirizzo info@newteamsolutions.it.

Nei giorni successivi le verrà inviato all'indirizzo indicato nel presente modulo la bozza da confermare.