

INGROSSO PRODOTTI SANITARI - DIAGNOSTICI - MEDICALI - ORTOPEDICI

<input type="text" value="Commissione del :"/>	<input type="text" value="Commissione n° :"/>	<input type="checkbox"/> R.D <input type="checkbox"/> R.B <input type="checkbox"/> 30 GG <input type="checkbox"/> 60 GG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cliente Abituale	<input type="checkbox"/> Cliente Nuovo
--	---	--	---	--

Spett. le _____	Partita I.V.A. _____						
Via/ Piazza _____	Codice Fiscale _____						
Località _____ /Cap. _____	Tel. _____						
Destinazione _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">L</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">G</td> <td style="width: 10%;">V</td> <td style="width: 10%;">S</td> </tr> </table>	L	M	M	G	V	S
L	M	M	G	V	S		
IBAN _____	____ Banca _____						

Quantità	Articolo	Descrizione	Sc.	Prezzo

<p style="margin: 0;">Agente</p> <p>_____</p>	<p style="margin: 0;">Timbro e Firma</p> <p>_____</p>
---	---