RICHIESTA LINEE CELLULARI

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

**da compilare al computer** e inviare via mail (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