

ORDINE n° \_\_\_\_\_

## RICHIESTA SACCHE DI SANGUE INTERO

## DATI DEL MEDICO VETERINARIO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 N° iscr. \_\_\_\_\_ Ordine di \_\_\_\_\_  
 Struttura Veterinaria \_\_\_\_\_  
 P.IVA \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

## RICHIEDE

N° di sacche	Volume della sacca	Gruppo Sanguigno	N° identificativo sacca	N° SIGLA (a cura dell'IZSM)
	250 ml Sangue Intero			
	250 ml Sangue Intero			

Ritiro della sacca presso l'IZSM (sede di Portici)	<input type="checkbox"/>
Ritiro della sacca presso Sezione di ..... dell'IZSM. La richiesta deve essere effettuata almeno con un anticipo di 2 gg	<input type="checkbox"/>
Spedizione tramite corriere (entro le ore 12:00 del mercoledì – consegna in 24-48 ore)	<input type="checkbox"/>
Consegna rapida con personale interno (dalle ore 10:00 alle 13:00) . Previa autorizzazione da parte dell'IZSM	<input type="checkbox"/>

**Si impegna al pagamento del corrispettivo comunicato mediante fattura elettronica entro 48 ore dal ricevimento della stessa, mediante :**

- bonifico bancario sul C/C n° 000001324598 ABI 05392 CAB 40090 – Banca Popolare dell'Emilia Romagna Soc. Coop. – Agenzia Portici, IBAN: IT34Q0538740090000001324598

## DELEGA

☐ Il signor \_\_\_\_\_ Identificato tramite documento n° \_\_\_\_\_ (si allega copia) a prelevare le sacche di cui sopra ed al pagamento diretto delle sacche mediante Bancomat ,Carta di Credito o PostPay (solo in caso di ritiro presso l'IZSM). NON SI ACCETTANO CONTANTI.

**MOD. G** rev 26/02/2020 pa. 2/2

## **DECLINA**

l'IZSM da ogni responsabilità per eventuali danni subiti dalle sacche nel corso del trasporto.

### **Informativa per la privacy**

La informiamo che, in riferimento al Regolamento Europeo n. 2016/679 "GDPR" ( General data protection regulation) e del Decreto Legislativo attuativo n. 101 del 10/08/2018, i suoi dati personali saranno trattati dall'I.Z.S.M. esclusivamente nell'ambito delle attività oggetto della presente attività.

A tal fine, l'IZSM informa che:

1. il titolare del trattamento dei dati è l'IZSM con sede in Portici Via della Salute 2;
2. il trattamento dei dati sarà effettuato dall'IZSM con strumenti informatici e cartacei;
4. i dati personali richiesti costituiscono informazioni essenziali ai fini dell'attività svolta e, quindi, il loro conferimento è obbligatorio;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico Veterinario

---

Ritirata da ..... ora .....