

IZSM	DC3.POS/OF/004	MODULO PAGAMENTO VACCINI			Pagina 1 di 1
Stesura: S. Juliano	Verifica: G. Miletto	Convalida: T. Tagariello	Approvazione: G. Galiero	Data: 25.01.2018	Rev. N° 7

A CURA DELL'U.O.S. OFFICINA FARMACEUTICA

VACCINO PER STAFILOCOCCO

N° ACC. 86402

N° FLACONI RICHIESTI 15

RICHIESTI DA:

DR VOCCOLO PIETRO

TEL 3392078759

AZIENDA CAFARO VINCENZO

TEL

DATA 17/10/2023

FIRMA

e-mail: *nuocolope@yahoo.it*

*[Signature]*

A CURA DEGLI AMMINISTRATIVI

COSTO PER SINGOLO FLACONE:

☒ MONOVALENTI € 6,50 (+ IVA 10%) = € 7.15

- POLIVALENTI € 9.50 (+ IVA 10%) = € 10,45

+ SPESE DI SPEDIZIONE 32€ SE CONSEGNATO A DOMICILIO

IMPORTO TOTALE

*€ 107,25*

SI PROVVEDERA' ALL'INVIO DEI VACCINI DOPO L'EVIDENZA DEL PAGAMENTO (FAX/EMAIL)

EMAIL: [vaccini@cert.izsmportici.it](mailto:vaccini@cert.izsmportici.it)

FAX : 081-7763125

MODALITA' DI CONSEGNA:

COME DA RICHIESTA: ☒ SI ☐ NO

☐ PORTICI

☐ CORRIERE

☒ SEZIONE: *SALERNO*

MODALITA' DI PAGAMENTO:

☐ CARTA DI CREDITO

☒ BONIFICO

☐ C.C. POSTALE N

☐ GIÀ EFFETTUATO

DATA

*17.10.23*

FIRMA

*[Signature]*

NOTE: