

DATI DI SPEDIZIONE - CAMPI DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE

AUTORIZZAZIONE/CONVENZIONE SMA N°:.....
 CODICE PRENOTAZIONE
 CODICE IDENTIFICATIVO SPEIDZIONE (facoltativo del cliente)
 CODICE OMOLOGAZIONE PRODOTTO:
 NUMERO PROGRESSIVO DISTINTA
 RAGIONE SOCIALE DEL SERVICE:
 RAGIONE SOCIALE CLIENTE:.....
 CODICE CLIENTE (ID SAP R3):.....
 N. CONTO CONTRATTUALE:
 INDIRIZZO:.....
 TELEFONO:.....
 FAX:.....
 (Cod. AGE):.....

MODALITA' DI PAGAMENTO	
anticipato	posticipato
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODALITA' DI AFFRANCATURA	
SMA	CdC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVIZIO PICK UP

SI
 NO

TIPOLOGIA PRODOTTO: **EXTRADOC**

Posta Raccomandata Extradoc

Posta Assicurata Extradoc

Numero invii	Peso unitario	Tariffa unitaria	Importo	Note
TOTALE IMPORTO SPEDIZIONE (€) al netto dell'Iva (aliquota ordinaria)				€ -
Importo IVA ordinaria				€ -
TOTALE IMPORTO SPEDIZIONE (€) comprensivo dell'Iva (aliquota ordinaria)				€ -

ACCETTAZIONE CON RISERVA*

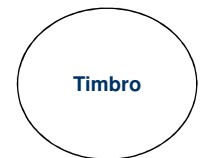
_____ *Data*

_____ *Firma del Cliente*

** Il cliente si impegna ad accettare eventuali discordanze riscontrate da Poste Italiane rispetto a quanto dichiarato*

DATI DI CONVALIDA ACCETTAZIONE - CAMPI DA COMPILARE A CURA DI POSTE ITALIANE S.p.A.

Anomalie riscontrate: _____



_____ *Data*

_____ *Firma Operatore di Accettazione GC*

_____ *Numero Ordine di Vendita*

_____ *Firma del Cliente*