



MODULO RICHIESTA FATTIBILITÀ PREMIUM PRESS

CLIENTE COD SAP

Indirizzo

Tel.

Fax:.....

e-mail.....

TESTATA:.....

Periodicità:..... Giorno postalizzazione:.....

Centro di Postalizzazione:.....

Peso unitario medio gr.

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE				A CURA DI POSTEITALIANE	
				Modalità di erogazione del servizio:	
BACINI	Copie per spedizione	Kg.	Pallet	Servizio	Orario Limite (consegna prodotto in accettazione)
Ancona					
Bari					
Bologna					
Cagliari					
Catania					
Firenze					
Genova					
Lametia Terme					
Milano Borromeo					
Milano Roserio					
Napoli					
Padova					
Palermo					
Roma					
Torino					
Venezia					
Verona					
Mix di Bacini					
Totale					

A CURA DI POSTE ITALIANE

Informazioni Logistiche aggiuntive:.....

.....

.....

.....

Indirizzo mail al quale inviare Modulo di Pre - Advising:.....