

# ALLEGATO 4 – MODULO DI RICHIESTA PICK UP

## SPAZIO RISERVATO A MIPA/MP

Commerciale Poste di riferimento:

Sig. .... Telefono .....

## DATI DEL CLIENTE

Il sottoscritto .....

in qualità di<sup>1</sup> .....

della Ditta/Impresa/Società .....

Via/P.zza .....

n° ..... CAP ..... Città ..... Prov.....

Partita IVA<sup>2</sup> ..... Codice fiscale <sup>3</sup> .....

Attività svolta .....

Categoria Merceologica .....

Tel ..... Cell..... Fax .....

E-mail .....

## CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Periodicità (indicare i giorni della settimana):.....

Frequenza: .....

Orario: .....

Peso medio a ritiro: .....

### Indirizzo di ritiro:

Via/P.zza .....

n° ..... CAP ..... Città ..... Prov.....

Tel ..... Cell..... Fax .....

## MODALITÀ DI AFFRANCATURA

Senza materiale affrancatura (SMA)

## SPAZIO RISERVATO AL REFERENTE DI PICK UP

Centro PCL di riferimento .....

Referente Operativo di Poste italiane

Nome ..... Cognome .....

Via/P.zza .....

n° ..... CAP ..... Città ..... Prov.....

Tel ..... Cell..... Fax .....

E-mail .....

Conferma di Poste e/o altra disponibilità .....

Data decorrenza: .....

Centro di Accettazione .....

Annotazioni .....

1. Presidente, Titolare, Rappresentante legale, ecc.

2. e 3. Dati indispensabili ai fini dell'accettazione della domand