

ALLEGATO 5 – MODULO DI RICHIESTA PICK UP

SPAZIO RISERVATO A MIPA/MP

Commerciale Poste di riferimento:

Sig. Telefono

DATI DEL CLIENTE

Il sottoscritto

in qualità di¹

della Ditta/Impresa/Società

Via/P.zza

n° CAP Città Prov.....

Partita IVA² Codice fiscale³

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 domanda