

**DATI ANAGRAFICI - CAMPI DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE**SMA 

RAGIONE SOCIALE DEL CLIENTE		In caso di SMA:	
CODICE CLIENTE (ID SAP R/3)		AUTORIZZAZIONE SMA N°:	
N° CONTO CONTRATTUALE		CODICE OMOLOGAZIONE	
INDIRIZZO			
TELEFONO	N. FAX		
E-MAIL			
UFFICIO DETENTORE CONTO (frazionario e descrizione)			
UFFICIO SUSSIDIARIO			
CENTRO ACCETTAZIONE (codice AGE)			

PAGAMENTO POSTICIPATO ☐**DATI SPEDIZIONE - CAMPI DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE**

Data Spedizione	
-----------------	--

CODICE IDENTIFICATIVO SPEDIZIONE: \_\_\_\_\_

NUMERO INVII	PESO UNITARIO	SERVIZIO ACCESSORIO	FORMATO	DESTINAZIONE	TARIFFA UNITARIA	IMPORTO
TOTALE INVII					TOTALE	

ACCETTAZIONE CON RISERVA ☐

*Data* \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_

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

Anomalie riscontrate: \_\_\_\_\_

---

*Data*

Numero Ordine di Vendita Sap r/3 \_\_\_\_\_

Firma del cliente per accettazione

Firma operatore di accettazione

