

MODULO RICHIESTA INFORMAZIONI

COGNOME

NOME

AZIENDA

TEL.

FAX

E-MAIL

AVREI NECESSITA' DI ESSERE CONTATTATO/A PER AVERE:

PREVENTIVO DI SPESA

A TAL FINE DICHIARO

DI NON AVERE ALCUN GESTIONALE IN USO

DI AVERE IL SEGUENTE GESTIONALE IN USO PER LE FUNZIONI SEGUENTI (CONTABILITA',
APPUNTAMENTI , PRESTAZIONI, ECC.)

Inviare il presente modulo a mezzo mail al seguente indirizzo:

benesseresanita@cnaemiliaromagna.it