

MODULO DI RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a _____,

TITOLARE DELL'ATTIVITÀ

con sede nel COMUNE DI TAVIANO,

presso il seguente indirizzo _____

PRESIDENTE/REFERENTE DELL'ASSOCIAZIONE

con sede nel COMUNE DI TAVIANO,

presso il seguente indirizzo _____

CHIEDE

la fornitura di

MASCHERINE CHIRURGICHE

MASCHERINE CHIRURGICHE PEDIATRICHE

RECAPITO TELEFONICO DEL RICHIEDENTE

Taviano, _____

Firma