|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spett.le **Ditta SOL Group** |  | ORDINE N. 188 DEL 14/12/2023 |
|  |  |  |
| Tel. +39 039 23961 |  | CODICE STRUTTURA **ED.11d** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CIG | **Z** | **4** | **2** | **3** | **D** | **5** | **E** | **E** | **A** | **E** |

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE IPA | CODICE UNIVOCO UFFICIO |
| **uni\_pa** | **F4YHDI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDIRIZZO DI CONSEGNA (EDIFICIO, PIANO, STANZA):** | |
| **Sede di Farmacologia,** Via del Vespro 129 - 90127 PALERMO,  c/o Plesso 11, entrata 11d, Policlinico Universitario "Paolo Giaccone" Piano …………………. Stanza …………………. | |
| **Referente per la consegna:** (si prega di compilare tutti i campi)  Nome: ………………………. Cognome: ………………………. Contatto telefonico: …………………………. | |

Con riferimento alla Vostra offerta n° **728495/23** del 24/11/2023 ci pregiamo ordinarVi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUANTITÀ** | **DESCRIZIONE MERCE** | **DATA DI CONSEGNA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

INVIARE A: **ammct@sol.it  
 l.dimauro@sol.it**E PER CONOSCENZA A: **paolo.guerra@unipa.it  
 dario.lasala@unipa.it**

**IL RICHIEDENTE IL RESPONSABILE DEL PLESSO**

………………………..……………… ………………………..………………

Palermo, ………………….

* La prestazione dovrà essere resa rispettando la data indicata nel presente modulo salvo diverso accordo risultante da comunicazione scritta tra richiedente e Ditta.

**N.B. La consegna dovrà essere effettuata entro: 2 giorni lavorativi per i gas puri (4 giorni lavorativi per le miscele); Tali termini vengono computati dalla data di inoltro della richiesta da parte del Dipartimento Bi.N.D.**