|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spett.le **Ditta SOL Group** |  | ORDINE N. 152 DEL 03/12/2024 |
|  |  |  |
| Tel. +39 039 23961 |  | CODICE STRUTTURA **ED.11d** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CIG | **B** | **3** | **F** | **6** | **B** | **D** | **B** | **2** | **1** | **B** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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° **728495/24** del 17/10/2024 ci pregiamo ordinarVi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUANTITÀ** | **DESCRIZIONE MERCE** | **DATA DI CONSEGNA** |
| …………. | …………………………….………………….………………….………………….………. | immettere una data. |
| …………. | …………………………….………………….………………….………………….………. | immettere una data. |
| …………. | …………………………….………………….………………….………………….………. | immettere una data. |
| …………. | …………………………….………………….………………….………………….………. | immettere una data. |

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, immettere una data.

* 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.**