

CLIENTE: _____

REFERENTE: _____

n. OFFERTA: _____

MAIL/TEL.: _____

n. TRASPORTI RICHIESTI: _____

COMPILAZIONE A CURA DEL CLIENTE:

DATA PREVISTA CONFERIMENTO	ORA PREVISTA	CER	DESCRIZIONE RIFIUTO	STATO FISICO	n. COLLI	TIPO IMBALLO	CARATTERISTICHE DI PERICOLO	QUANTITA' PRESUNTA	TRASPORTATORE	AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO
1		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
2		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
4		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
5		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
6		18 01 03* <input type="checkbox"/>	18 02 02* <input type="checkbox"/>				HP9: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

NOTE DEL RICHIEDENTE:

N.B. La richiesta di conferimento deve essere inviata entro il giovedì alle ore 13.00 della settimana precedente al conferimento ai seguenti indirizzi:

info@sterilcompany.it
impianto@sterilcompany.it

ORARI DI ACCETTAZIONE IN IMPIANTO: da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 17.00

 IL RICHIEDENTE
(timbro e firma)

PARTE RISERVATA A STERIL COMPANY S.r.L.
ACCETTAZIONE della RICHIESTA di CONFERIMENTO:

 SI NO

 IL GESTORE
(timbro e firma)