

Data.....  
 Nome/Ragione Sociale .....  
 Indirizzo: Via..... n..... CAP..... Città.....  
 Provincia ..... Telefono n..... Fax .....  
 n.....  
 e-mail ..... PEC .....  
 Partita I.V.A. .... Codice Fiscale .....

n. LIMS:

**RICHIESTA ANALISI A PAGAMENTO**

**Tipo di campione:** .....  
**Prelevato presso:** ..... il .....

| Analisi richieste | Metodo di riferimento | Codice* | Prezzo* (IVA esclusa)    |
|-------------------|-----------------------|---------|--------------------------|
|                   |                       |         |                          |
|                   |                       |         |                          |
|                   |                       |         |                          |
|                   |                       |         |                          |
| <b>Totale</b>     | Imponibile            | €       | <b>Totale Nota Spese</b> |
|                   | IVA 22%               | €       | €                        |

\* A cura del laboratorio - Prezzo e codice sono riferiti al Tariffario Regionale ARPAV in vigore.

° I metodi riportati, a parità di costo, potrebbero variare per motivi tecnici. Qualora necessario, il cliente deve esplicitare il metodo richiesto per le analisi.

Modalità di consegna del/dei Rapporto/i di Prova:  pec o mail  ritiro a mano  altro \_\_\_\_\_

L'indirizzo fornito deve essere utilizzato per:  l'invio del/i RdP  per l'invio della fattura  no  
 In caso negativo, segue indirizzo per :  l'invio del/i RdP  per l'invio della fattura

Nome o Ragione Sociale .....  
 Indirizzo: Via..... n..... CAP..... Città.....  
 Provincia ..... Telefono n..... Fax n.....  
 e-mail ..... PEC .....  
 Partita I.V.A. .... Codice Fiscale .....

**IL RICHIEDENTE**

**PER IL CLIENTE**

Il pagamento va effettuato a favore di: **ARPAV – DRL – Servizio Laboratorio di** \_\_\_\_\_ **– Sede Operativa di** \_\_\_\_\_

Modalità di Pagamento:  Al ricevimento di ns. fattura *Il Rapporto di Prova sarà inviato previa verifica dell'avvenuto pagamento*

Il residuo del campione analizzato verrà conservato e successivamente eliminato salvo diversa richiesta del cliente, come previsto dalle procedure di Sede Operativa.

**A CURA DEL LABORATORIO**

Conferma d'ordine - RS/RDU .....

Variazioni eventuali: .....

**Per accettazione**

**Il Richiedente** .....



Dipartimento Regionale Laboratori  
**Servizio Laboratorio di**  
**Sede Operativa di \_**  
**Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA ANALISI**

Pagina: 2 di 2

n. LIMS:

Data.....

Nome/Ragione Sociale .....

Indirizzo: Via..... n..... CAP..... Città..... Provincia  
 ..... Telefono n..... Fax n.....

e-mail ..... PEC .....

**RICHIESTA ANALISI NON A PAGAMENTO**

**Tipo di campione:** .....

**Prelevato presso:** .....

| Analisi richieste | Metodo di riferimento |
|-------------------|-----------------------|
|                   |                       |
|                   |                       |
|                   |                       |
|                   |                       |
|                   |                       |
|                   |                       |
|                   |                       |

\* A cura del laboratorio - Prezzo e codice sono riferiti al Tariffario Regionale ARPAV in vigore.

° I metodi riportati, a parità di costo, potrebbero variare per motivi tecnici. Qualora necessario, il cliente deve esplicitare il metodo richiesto per le analisi.

**Note:** .....

**Per accettazione:**            **Il Richiedente** .....