

All'Azienda Sanitaria Locale ROMA 6
Servizio Veterinario Area B
Via Sannibale 10/12
00041 Albano Laziale (RM)
TEL. 06/93273101 - 3102
FAX 06/93262352

Oggetto: Richiesta vidimazione registri.

Il sottoscritto _____
legale rappresentante della ditta _____ - P. IVA: _____
con sede legale in _____
e sede produttiva in _____
Riconoscimento CE/Autorizzazione/Registrazione _____
Tel. _____

C H I E D E

La vidimazione del registro _____

Allegati: - ricevuta di versamento

intestato:	AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 6
	Borgo Garibaldi 12 - 00041 Albano Laziale
C/C n.	20599015
Importo	€ 14,47
Causale versamento	1/B vidimazione registri

Il trattamento dei dati ivi contenuti saranno trattati nel rispetto del Codice della Privacy.

FIRMA

Data _____

Ritirato in data _____