

SCHEDA CLIENTE:

RAGIONE SOCIALE:

INDIRIZZO:

CITTA': PROVINCIA: CAP:

TELEFONO: FAX: CELLULARE:

INDIRIZZO E-MAIL:

CONTATTO SKYPE:

PARTITA IVA:

CODICE FISCALE:

ISCRIZIONE ALBO:

N°	PROV.
----	-------

 ODONTOIATRI MED. CHIR.

TABELLA ORARI APERTURA/CHIUSURA STUDIO:

GIORNO	MATTINA	POMERIGGIO
LUNEDI'		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		

Data: _____

TIMBRO:

Si prega comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei Vs. dati anagrafici o fiscali.

Senza Vs. comunicazione resteranno validi quelli qui riportati esonerando da ogni responsabilità o sanzione la ditta emittente fattura.

(firma)