|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Richiesta di approvvigionamento | Allegato 1  al Capitolato Tecnico |

*Spett.le***.**

Tel

# e-mail:

**c.a.**

|  |  |
| --- | --- |
| Riferimenti protocollo Amministrazione | |
| N° protocollo dell’Amministrazione: | Data: |

Il sottoscritto , del Servizio

, con sede in , Via n. , Località/Provincia: numero tel.

, e-mail , in qualità di Unità Approvvigionante per l’ASL Ogliastra

# Richiede

la fornitura delle/i seguenti card/buoni pasto elettronici

Fornitura richiesta: **Totale Card/Buoni:**

Trattasi di buoni pasto in sostituzione di buoni resi: SI NO

# Note e modalità di confezionamento delle card:

.

# Per il dettaglio della fornitura richiesta e l’indirizzo di consegna compilare la pagina 2 del presente modulo, avendo cura di allegare un esemplare della pagina 2 per ogni sede/ufficio

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rev. 0 | Richiesta di approvvigionamento | Pag. 1 di 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Richiesta di approvvigionamento | Allegato 1  al Capitolato Tecnico |

**Indirizzo di consegna:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione strada | N° | C.A.P. | Località/Città | Provincia |
|  |  |  |  |  |

Alla cortese attenzione del Sig./Sig.ra Telefono E-mail

quale persona da noi incaricata ad effettuare il ritiro delle card.

***Tabella dettaglio fornitura card***

|  |  |
| --- | --- |
| **MATRICOLA** | **NOMINATIVO (Nome e Cognome)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **N. Totale dei soggetti aventi diritto al BP:** | |

***Tabella dettaglio fornitura ricarica buoni pasto elettronici***

|  |  |
| --- | --- |
| **MATRICOLA** | **NUMERO BUONI da**  **caricare sulla card** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| N. Totale delle matricole: | Totale BP: |

Data di emissione,

Firma dell’Unità Approvvigionante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rev. 0 | Richiesta di approvvigionamento | Pag. 2 di 2 |