

| ASSICURATO | | |
|--------------------|--------------------|-------------|
| Rag.Sociale _____ | | |
| Polizza N. _____ | | |
| Indirizzo _____ | | |
| cap _____ | Località _____ | Prov. _____ |
| Persona rif. _____ | Tel. _____ / _____ | |

| CLIENTE/DEBITORE | | |
|-------------------------|-------------------|-------------|
| Rag.Sociale _____ | | |
| Indirizzo _____ | | |
| Cap _____ | Località _____ | Prov. _____ |
| Tel. _____ / _____ | Fax _____ / _____ | |

| |
|--|
| Codice DEBITORE SACE BT _____ |
| Data Provvedimento Riduzione/Revoca Massimale: _____ |

| N° ordine | Data Ordine | Data Conferma | Importo | Data Spedizione |
|-----------|-------------|---------------|------------|-----------------|
| | | | €,00 | |
| | | | €,00 | |
| | | | €,00 | |
| | | | €,00 | |
| | | | €,00 | |
| | | | €,00 | |

L'ASSICURATO
(timbro aziendale, nome e qualifica del Firmatario)

Data, _____