

Spett.le
ARPAE Sezione Provinciale di Ferrara
Sede Secondaria Laboratorio Multisito
 Via Bologna 534
 44121 FERRARA FE
c.a. Dott.ssa Angela Carioli
acarioli@arpae.it

Oggetto: scheda di adesione PT - anno 2019

Con la presente, il laboratorio, le cui generalità sono sotto riportate, accetta di partecipare al programma di proficiency test secondo le modalità evidenziate nella comunicazione del **17/01/2019** ricevuta da questo laboratorio.

GENERALITÀ DEL LABORATORIO:

<i>ragione sociale laboratorio</i>		.....
<i>referente:</i>	.....	
E-mail:	.....	<i>Cambiata rispetto alla precedente comunicazione</i>	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<i>indirizzo:</i>	via:..... n°..... CAP .....Città.....(.....) telefono..... fax.....		
<i>Cod. fiscale</i> (campo obbligatorio)	.....	<i>P.IVA</i> (campo obbligatorio)	.....
codice univoco fatturazione elettronica: (campo obbligatorio)	.....	
<i>referente amministrativo</i>	.....	

PROFICIENCY TEST CHE IL LABORATORIO INTENDE EFFETTUARE:

Fitofarmaci e Nitrati	Fitofarmaci	Nitrati
sessione 1 <input type="checkbox"/>	sessione 1 <input type="checkbox"/>	sessione 1 <input type="checkbox"/>
sessione 2 <input type="checkbox"/>	sessione 2 <input type="checkbox"/>	sessione 2 <input type="checkbox"/>
sessione 3 <input type="checkbox"/>	sessione 3 <input type="checkbox"/>	sessione 3 <input type="checkbox"/>

(barrare con una X quello che interessa)

Con la presente ci impegniamo a:

- inviare i risultati dei PT secondo le modalità indicate da ARPAE
- a corrispondere ad **ARPAE Regione Emilia Romagna via Po, 5 40139 BO** a seguito del ricevimento della fattura, l'importo complessivo, derivante dalla somma del costo del PT e del trasporto, sotto riportato (IVA di legge esclusa):

Costo PT:	Costo trasporto:
-----------	-------	------------------	-------

Cordiali saluti.

.....
 (località e data)

Il Responsabile del Laboratorio

.....