

cliente:

Referente Sig./Sig.ra

Spett.le

Rosso S.r.l.

Via Ghiglione 16/18 12045 FOSSANO FAX 0172/637130

programmazione@rossosrl.it

alla c.a. Responsabile Logistica

RICHIESTA DI CONFERIMENTO:

Data:/...../2012

Con la presente richiediamo la programmazione di quanto qui di seguito descritto:

DATA	Produttore	Trasportatore	Intermediario	CER	TIPOLOGIA RIFIUTO	Stato fisico	Kg/mc	TIPO IMBALLO	OP. R/D	PERICOLI	OMOLOGA /OFFERTA

Orario previsto conferimento: prima mattina seconda mattina
primo pomeriggio secondo pomeriggio
Il trasporto deve essere organizzato da Rosso srl SI NO

PER ACCETTAZIONE