

**PERETTI****MODULO RITIRO DAE**

<b>DATI DI FATTURAZIONE</b>	
<b>RAGIONE SOCIALE</b>	I.C. MONTEFIORINO
<b>INDIRIZZO</b>	VIA ROCCA, 3
<b>CITTA'</b>	MONTEFIORINO
<b>PROVINCIA</b>	MO
<b>CAP</b>	41045
<b>TELEFONO FISSO</b>	0536/965169
<b>CELLULARE</b>	
<b>INDIRIZZO MAIL</b>	moic811003@istruzione.it
<b>INDIRIZZO PEC</b>	MOIC811003@PEC.ISTRUZIONE.IT
<b>COD. DESTINATARIO/UNIVOCO</b>	UFK4PY
<b>PARTITA IVA</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	93022290360
<b>DATI DI RITIRO</b>	
<b>MITTENTE</b>	i.C MONTEFIORINO
<b>INDIRIZZO</b>	VIA ROCCA, 3
<b>CITTA'</b>	MONTEFIORINO
<b>PROVINCIA</b>	MO
<b>CAP</b>	41045
<b>REFERENTE</b>	ALESSANDRA GALVANI
<b>RECAPITO TELEFONICO</b>	3200716879
<b>INDIRIZZO MAIL</b>	moic811003@istruzione.it
<b>PREFERENZE GG E ORARI</b>	LUN- VEN 08.00-14.00

<b>NOTE</b>		
<b>DATI DI RICONSEGNA (Compilare solo se diversi dal RITIRO)</b>		
<i>DESTINATARIO</i>		
<i>INDIRIZZO</i>		
<i>PROVINCIA - CITTA' - CAP</i>		
<i>REFERENTE – RECAPITO TEL.</i>		
<b>DATI DEFIBRILLATORE (*)</b>		
<i>MODELLO</i>	Life Point Pro AED semiautomatico	
<i>NUMERO SERIALE (SN)</i>	164460695	
<i>INTERVENTO RICHIESTO</i>	VERIFICA FUNZIONALE (analisi + checkup completo + aggiornamento software + verifica funzionale CEI 62-13) +BATTERIA+PIASTRE	
<i>PIASTRE ADULTI</i>	SCADENZA <b>2023/12</b>	SOSTITUZIONE <b>sì</b>
<i>PIASTRE PEDIATRICHE</i>	SCADENZA <b>2023/12</b>	SOSTITUZIONE <b>sì</b>
<i>RICHEISTA DEFIBRILLATORE SOSTITUTIVO (MULETTO)</i>	<b>NON NECESSARIO</b>	

(\*) In caso di 2 o più defibrillatori copiare questo documento e compilare solo l'ultima sezione, **DATI DEFIBRILLATORE**, in ogni sua parte