

	CENTRO AGROCHIMICO REGIONALE A.S.S.A.M.	PG10-M14 ED. 1 REV. 1 08/04/2022 Sez. 7 Pagina 1 di 1
	PROCEDURE GESTIONALI	
MODULO CONSEGNA CAMPIONI PRODOTTI APISTICI		

COMMITTENTE (intestatario fattura) _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____

P.I. _____ C.F. _____ E-MAIL _____

TEL. _____ PEC _____ COD. UNIVOCO _____

COD. ANAGRAFE APISTICA _____

Attività azienda apistica per commercializzazione per autoconsumo
 N° TOT. CAMP. CONSEGNA TI _____

Descrizione Campione da riportare nel RdP*	Data prod.ne	Località prod.ne	T°C camp. **	Idoneità PG09-I01	Servizi richiesti	Prezzo (€)

* Per il miele indicare origine botanica e geografica dichiarate o presunte, data e luogo produzione;

** Temp. alla consegna in lab., se previsto

Consegna Risultati come da tariffario N. _____ giorni lavorativi (data _____) Urgenza (n. gg. _____; data _____)

Formato risultati: elettronico pdf elettronico excel (tabella) cartaceo

NOTE _____

La sottoscrizione del presente documento implica la formalizzazione del contratto con il laboratorio e l'accettazione delle "CONDIZIONI GENERALI" disponibili presso i locali del laboratorio e sul sito dell'ASSAM. Delle predette "CONDIZIONI GENERALI", ai sensi dell'art. 1341 c.c. e norme connesse, con la sottoscrizione si intendono specificatamente approvati per iscritto i seguenti artt.: 6 (SUBAPPALTO); 13 (FORZA MAGGIORE); 15 (TERMINI DI PAGAMENTO E MANCATO PAGAMENTO); 16 (FORO COMPETENTE).

FIRMA CLIENTE (obbligatorio) _____

Informativa sul Trattamento dei dati personali Art.13 GDPR 679/2016 L'ASSAM informa che i dati personali dichiarati dal sottoscrittore saranno utilizzati esclusivamente per la presente istanza e per le finalità strettamente connesse. Il sottoscrittore potrà in qualsiasi momento chiederne la modifica, l'integrazione e/o la cancellazione. Il sottoscrittore dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, sulla pagina del sito ASSAM <http://www.assam.marche.it/privacy>. NB I campi a sfondo grigio sono strettamente a cura del laboratorio.

FIRMA RICEVENTE (LAB.) _____ **FIRMA CLIENTE** (obbligatorio) _____

PARTE RISERVATA AL LABORATORIO

DATA ARRIVO CAMPIONI _____ TRASPORTO A CURA DI: CLIENTE CORRIERE _____

N. ACCETTAZIONE _____ per [] Ricezione [] Sperimentazione [] Convenzione FIRMA _____

REVISIONE DEL CONTRATTO NO SI (Data rev. _____) **PG09-M02** NO SI

Comunicaz. per e-mail telefono fax verbale FIRMA per rev. _____

NOTE _____