Desidero ricevere i seguenti volumi:

N. COPIE TITOLO PREZZO

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

TOTALE

……..

☐ ALLEGO ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE A VOI INTESTATO

☐ HO VERSATO L'IMPORTO SUL CCP N° …… A VOI INTESTATO

☐ PAGHERO' CONTRO ASSEGNO

☐ PAGHERO' A RICEVUTA FATTURA (SOLO PER ENTI)

☐ DESIDERO RICEVERE IL CATALOGO SEMESTRALE DELLE NOVITA' EDITORIALI

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE

……..

VIA……

CAP…… CITTA'……

TEL…….. FAX……

CF / P.IVA (OBBLIGATORI SOLO PER CHI RICHIEDE LA FATTURA)

……..

DATA…… TIMBRO E FIRMA

……..