

RICHIESTA DI CONFERIMENTO

Inviare al fax 0481 918598

Produttore:		Stabilimento:
Referente:		
Tel.: Fa	ax:	Cell.:
1 - Descrizione rifiuto:		
Codice C.E.R.:		
Rapporto di prova N°	del	
Numero container:	□ 2	
Volume: □ 15 MC	□ 20 MC (sponde bas	se) 🗆 30/35 MC
Servizio richiesto per il giorno:		
2 - Descrizione rifiuto:		
Codice C.E.R.:		
Rapporto di prova N°	del	
Numero container:	□ 2	
Volume: □ 15 MC	□ 20 MC (sponde bas	se) 🗆 30/35 MC
Servizio richiesto per il giorno:		
③ - Descrizione rifiuto:		
Codice C.E.R.:		
Rapporto di prova N°	del	
Numero container:	□ 2	
Volume: □ 15 MC	□ 20 MC (sponde bas	se) 🗆 30/35 MC
Servizio richiesto per il giorno:		
Data	Firma	
Per accettazione	Data prevista per lo svolgimento del servizio	

In caso di mancata restituzione della presente al Vs. fax la richiesta di conferimento si intende respinta.