

TEST REQUEST FORM

Dati cliente	Dati per fatturazione
Azienda:	Azienda:
Indirizzo:	Indirizzo:
P. IVA/C.F. dell'azienda:	P. IVA/C.F. dell'azienda:
Cap/Città:	Cap/Città:
Telefono:	Telefono:
Nome, Recapito della persona di riferimento:	Nome, Recapito della persona di riferimento:
	Codice SDI:
E-mail per invio RdP:	Referente amministrativo:
	E-mail per invio fattura:

Disposizioni del cliente
Restituzione del materiale avanzato: SI NO
Autorizzazione al taglio dei capi: SI NO
Rif. Offerta economica nr.: SI NO
<input type="checkbox"/> Servizio Regolare (5-7 giorni lavorativi) <input type="checkbox"/> Servizio Rush (3 giorni lavorativi) <input type="checkbox"/> Servizio GB CINA CMA - PROVE ESEGUITE IN CINA (7 giorni lavorativi)

Dati del campione da analizzare	
Descrizione Articolo:	
Codice Articolo:	
Colore:	
Composizione dichiarata:	<input type="checkbox"/> Campionario <input type="checkbox"/> Produzione
Stagione:	
Evento:	
Linea:	
Divisione:	Titolo/Peso:
Fornitore:	

