



**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA- ROMAGNA**
DIRETTORE GENERALE PROF. STEFANO CINOTTI

Centro Substrati Cellulari
Cell Culture Centre
Responsabile dott.ssa Maura Ferrari

MODULO DI RICHIESTA PREVENTIVO COLTURE CELLULARI PRO-FORMA INVOICE REQUEST FOR CELL CULTURES

TO CELL CULTURE CENTRE
AL CENTRO SUBSTATI CELLULARI
ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA-ROMAGNA
VIA A. BIANCHI 9
25124 BRESCIA BS (IT)
FAX +39 030 2290386

NOME DEL RICHIEDENTE _____
REQUESTER NAME AND SURNAME

ENTE _____
ORGANIZATION

VIA _____
ADDRESS

CAP _____ **LOCALITÀ** _____ **PROV.** _____
ZIP CODE COUNTRY STATE

TELEFONO _____ **FAX** _____
PHONE NUMBER FAX NUMBER

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____ **PARTITA IVA** _____
TAX ID. NUMBER VAT CODE

DESTINATARIO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE) _____
ADDRESS OF THE FINAL USER (IF DIFFERENT FROM REQUESTER)

SPEDIZIONE A MEZZO _____
SHIPMENT THROUGH

CORRIERE CONVENZIONATO **IZSLER** / SERVICE COURIER IZSLER
 SERVIZIO INTERNO **IZSLER** PRESSO SEZIONI DIAGNOSTICHE PROVINCIALI
 ALTRO / SPECIFY DELIVERY _____

COLTURA CELLULARE CULTURE CELLS	CODICE CATALOGO CODE NUMBER	QUANTITÀ QUANTITY	FORMATO DELLA COLTURA FORMAT OF CULTURE CELLS		
			75 CM ₂	150 CM ₂	1 ML

DATA/DATE ____/____/____ **FIRMA RICHIEDENTE/REQUESTER SIGNATURE** _____