



# Modulo d'ordine

Compilare attentamente in stampatello ed inviare via fax al numero **0696708715**.  
Con l'asterisco sono indicati i campi obbligatori.  
E' indispensabile inviare entrambe le pagine compilate in tutte le loro parti.

SHOP GENERATION SAS Via G. Scarabelli 27 - 00157 Roma RM - PI/CF 08933621008 - Tel. 0692963551 Fax 0696708715

Di seguito indicare l'intestatario della fattura ed in caso di pagamento con carta di credito il nominativo dovrà corrispondere al titolare della carta. I possessori di Partita IVA non dovranno indicare il codice fiscale.

Si raccomanda di indicare almeno un recapito telefonico dove sia possibile contattarvi dalle 10:00 alle 18:30 dal lunedì al venerdì.

Codice Cliente : \_\_\_\_\_ \* Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ \* Partita IVA : \_\_\_\_\_  
Ragione sociale : \_\_\_\_\_ \* Codice fiscale : \_\_\_\_\_  
Nome e cognome : \_\_\_\_\_ \* Telefono fisso : \_\_\_\_\_  
Indirizzo : \_\_\_\_\_ CAP : \_\_\_\_\_ Telefono mobile : \_\_\_\_\_  
Città : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_ Paese : \_\_\_\_\_

Di seguito indicare il destinatario solo se diverso dall'intestatario della fattura. In caso di pagamento con carta di credito non può essere indicato un destinatario diverso.

Ditta/Società : \_\_\_\_\_ \* Telefono fisso : \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome : \_\_\_\_\_ Telefono mobile : \_\_\_\_\_  
Indirizzo : \_\_\_\_\_ CAP : \_\_\_\_\_ Note: \_\_\_\_\_  
Città : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_

Barrare la modalità di spedizione della merce preferita

- Ritiro in sede a Roma GRATUITO ( tramite Appuntamento)  
 Consegna tramite corriere espresso TNT € 12,00

Barrare l'orario di consegna preferito  mattina  pomeriggio  indifferente

Barrare la modalità di pagamento preferita

Pagamento anticipato :  Bonifico Bancario (intestato a SHOP GENERATION SAS)

Pagamento alla consegna :  Contrassegno contanti  (+ € 7,20 Spese incasso)

PostePay ( i dati saranno forniti dopo la ricezione dell'ordine)



# Modulo d'ordine

Compilare attentamente in stampatello ed inviare via fax al numero **0696708546**.  
Con l'asterisco sono indicati i campi obbligatori.

E' indispensabile inviare entrambe le pagine compilate in tutte le loro parti. PAGINA 1

**Codice**    **Descrizione merce**  
**TOTALE**

**Q.Tà**    **Importo UN.**    **Importo**

Codice	Descrizione merce	Q.Tà	Importo UN.	Importo

**Coordinate bancarie :**

**SHOP GENERATION SAS**

**IBAN IT02Y083270324400000001509 Banca: CREDITO COOPERATIVO DI ROMA**

---

**Una volta ricevuto l'ordine verrà comunicato telefonicamente l'importo totale della fattura comprese le spese di spedizione. Per qualsiasi chiarimento o qualora non venissero ricevute nostre comunicazioni entro 24 ore lavorative, telefonare al numero 0692963551.**

Attenzione: perché l'ordine possa essere elaborato è indispensabile dichiarare il proprio consenso al trattamento dei dati qui forniti firmando nell'apposito spazio qui sotto. Il titolare del trattamento, Shop Generation SAS, utilizzerà questi dati ai soli fini dell'espletamento del rapporto commerciale.

Luogo e data : \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei dati privacy

X \_\_\_\_\_

Firma per accettazione delle condizioni di vendita

X \_\_\_\_\_

SHOP GENERATION SAS Via G. Scarabelli 27 - 00157 Roma RM - PI/CF 08933621008 - Tel. 0692963551 Fax 0696708715

*E' indispensabile inviare entrambe le pagine compilate in tutte le loro parti. PAGINA 2*