

## MODULO RICHIESTA Tampone buccale GenoTube®

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ PEC/CODICE UNIVOCO \_\_\_\_\_

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RICHIEDE

la fornitura di nr. \_\_\_\_ Tamponi Genotube®

**Costo tampone € 5,00/cad. + spese di spedizione (10€)**

*Per spedizioni all'estero contattare il Laboratorio*

Pagamento anticipato da effettuare tramite (allegare la ricevuta):

✓ **Bonifico Bancario** IBAN: **IT57M0303201600010000054581**

Intestato a: *ENCI SERVIZI s.r.l.*

Causale: Tamponi buccali nr. \_\_\_\_ + Spedizione



Il presente modulo deve essere compilato ed inviato, unitamente alla ricevuta di pagamento, via mail a:  
[info@vetogene.com](mailto:info@vetogene.com)

Il materiale verrà inviato all'indirizzo indicato nel presente modulo.

In caso di indirizzo di spedizione diverso da quello del richiedente si invita ad indicarlo nelle Note.

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_