

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
DISINFEZIONE, DISINFESTAZIONE, DERATTIZZAZIONE
ASP N. 5 Reggio Calabria - Via Carlo Rosselli, 7 Palazzo Sanità
Tel/fax 0965/347804-347805-347848

Il/La sottoscritt _____ residente a _____

In via _____ Tel. _____

C.F. _____ o P.I.V.A. _____

CHIEDE

Che venga effettuato un intervento di.

DISINFEZIONE

DISINFESTAZIONE

DERATTIZZAZIONE

Presso il seguente indirizzo _____

_____ MQ _____

La richiesta è motivata dalla seguente causale:

La fattura relativa all'intervento dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Distinti saluti

RC _____

N.B. E' indispensabile indicare il Codice Fiscale o la Partita I.V.A.