

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p>RICHIESTA DATI FORNITORI</p>	<p>M AGRM 016 Rev. 00 Pag. 1 di 1 01.07.2023</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Si richiede la compilazione del presente modulo al fine della creazione nel nostro gestionale dell'anagrafica fornitore.

Ragione Sociale	
Sede legale amministrativa	
P.IVA	
Codice Fiscale	
UFFICIO GARE: E-mail, telefono e nominativo referente	
UFFICIO ORDINI: E-mail, telefono e nominativo referente	
UFFICIO FATTURAZIONE: E-mail, telefono e nominativo referente	
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (RPD/DPO): E-mail, telefono e nominativo referente	
PEC	
Canale di ricezione NSO	