COMUNICAZIONE INIZIALE - ELENCO CENTRI DI RITIRO

Iniziale ☐
Variazione ☐

Mod. R-1B

Annualità _____

OP / AOP	Denominazione	
Codice	Indirizzo	Tel. Fax

ELENCO CENTRI DI RITIRO

Sigla OP / AOP	Cod.	Denominazione (Azienda)	Indirizzo	Comune	Prov.	Cap	Telefono	e-mail	Nominativo Referente

Data _____

Firma del Presidente dell'OP/AOP _____