

PRENOTAZIONE KIT

SOCIETA' RICHIEDENTE:

Iscritta al Campionato di Serie _____

E-mail per comunicazioni _____

INDIRIZZO DI CONSEGNA:

Referente _____

Numero di telefono: _____

Via _____

Città _____ **CAP** _____ **Prov** _____

Quantità richiesta n° tamponi _____