

Protocollo nr. 1991/2021
del 24/09/2021

Spett.le
ASP Magiera Ansaloni
Via XX Settembre, 4
42010, Rio Saliceto (RE) Emilia-Romagna
P.IVA 0137630354

Prot. AD-679/MCEN/OF/21/SO-
(Da citare sempre sull'ordine)

Origgio, 23/09/2021

OGGETTO: PREVENTIVO DI RIPARAZIONE SISTEMI ANTIDECUBITO

La Società **MEDICAIR CENTRO S.r.l.**, con sede legale ed amministrativa in via Torquato Tasso n. 29, 20010 Pogliano Milanese (MI), e-mail: ufficio_gare@medicair.it - gare.medicair.it@pec.it - C.F. e P.IVA 07249200960, tel 02.93282390, fax 02.93282406 - Iscritta alla Camera di Commercio Metropolitana di Milano-Monza-Brianza-Lodi al n 05912670964 - REA. N. 1858227 - Ufficio Imposte Dirette territorialmente competente Direzione Provinciale II di Milano, via Ugo Bassi n.4,20159 Milano (MI), in persona della sua Direzione:

LAVORAZIONE:

DESCRIZIONE ARTICOLO	MATRICOLA	MATRICOLA
C AIR SYSTEM PRO3000	P3000/052017349	COMPRESSORE

LAVORAZIONI OBBLIGATORIE	PREZZO
SANIFICAZIONE	€ 10,00
ANALISI GUASTO	€ 7,50

RICAMBIO	CODICE RICAMBIO	N PEZZI	U.M PREZZO	PREZZO UNITARIO	PREZZO TOT
GANCIO SOSPENSIONE COMPRESSORE	A23	1	PZ	€ 0,35	€ 0,35
POMPA A MEMBRANA	A9	2	PZ	€ 20,35	€ 40,70

MedicAir Centro S.r.l.

Via T. Tasso, 29 - 20005 Pogliano Milanese (MI)
 Off. Amm. 02 932 82 821 - Fax 02 932 82 313
 Off. Comm. 02 932 82 500 - Fax 02 932 82 49150
 Cap. Soc. € 30.320,00 - Registro Imprese 07249200960
 R.E.A. MI - 1946207 - C.F. e P.IVA 07249200960
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di MedicAir Group S.p.A.



Customer Care **T. 02 932 821**
F 02 932 823 53
www.medicair.it - info@medicair.it

SPESE DI TRASPORTO	€ 25,00
TOTALE PREVENTIVO	€ 83,55

Condizioni di fornitura:

Validità offerta: 90 gg.
Pagamento: Rimessa Diretta 60 gg Data Ricevimento Fattura
Fatturazione: Mensile
IVA: 22%

In fede,

MEDICAIR CENTRO S.r.l.
La Direzione
F.to Avv. Marco Salgarelli

CG 24B3336603

A.S.P. Magiera Ansaloni

Sede Amministrativa: Via XX Settembre, 4
42010 RIO SALICETO (RE)

Tel. 0522 699827 - Fax 0522 699857

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Partita IVA 01327830354

Si AUTORIZZA

[Handwritten signature]

SI FINE : INDICAZIONE DI COVIGENA
ASP MAGIERA ANSALONI
VIA XX SETTEMBRE, 4
42010 RIO SALICETO - RE -

