



MASCHERE SUBACQUEE
GRADUATE

Modulo Dati Anagrafici

Fatturazione

Nome e Cognome o Società _____

Data di Nascita _____ Indirizzo Residenza _____

Luogo di Nascita (Prov) _____ C.F. _____

P. Iva _____ SDI _____

Mail _____

Spedizione

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____ Luogo (Prov) _____

Tel _____

***Compilare fino a qui.

OCCHIO DESTRO			OCCHIO SINISTRO		
Sf	Cil	Asse	Sf	Cil	Asse
A DISTANZA					
PER LETTURA					
D.I. L <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>			D.I. L <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
└───┘			└───┘		

Mod. Mask: _____ € _____

Lente OD: _____ € _____

Lente OS: _____ € _____

TOT:

Data _____ Metodo pagam. _____ € _____

--- SPEDIZIONE GRATUITA ---

*Solo in occasione fiera