



BELFORTE GIFT CARD

Modulo d'ordine

(compilare in stampatello)

Ragione sociale _____

indirizzo _____

tel. _____

referente _____

partita iva o codice fiscale _____

indirizzo a cui inviare la fattura e le Gift Card:

Modalità di pagamento:

pagamento a mezzo bonifico bancario a ricevimento della fattura

Per la prenotazione compilare il modulo sul retro.

CONSORZIO OPERATORI CENTRO COMMERCIALE VARESE

V.le Belforte, 315 - 21100 VARESE - Telefono 0332.336185 - Fax 0332.340126
P.IVA/C.F.02767430123 - e-mail: varese@klepierre.com www.centrobelforte.it



n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €
n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ € n. ____ Gift Card da ____ €

Totale Gift Card acquistate n. _____ da consegnare entro il _____

Importo totale delle Gift Card € _____

Data

Timbro e firma per accettazione

CONSORZIO OPERATORI CENTRO COMMERCIALE VARESE

V.le Belforte, 315 - 21100 VARESE - Telefono 0332.336185 - Fax 0332.340126
P.IVA/C.F.02767430123 - e-mail: varese@klepierre.com www.centrobelforte.it