

**EDIZIONI MINERVA MEDICA  
MODULO D'ORDINE PER ACQUISTO VOLUMI**

Per favore stampa il modulo d'ordine, compilalo e invialo con gli allegati richiesti al seguente indirizzo:  
EDIZIONI MINERVA MEDICA  
Ufficio Editoriale Corso Bramante 83  
10126 TORINO

**Desidero acquistare i seguenti volumi**

\_\_\_\_\_ prezzo € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prezzo € \_\_\_\_\_

**Scelgo il seguente tipo di spedizione**

- Spedizione postale ordinaria **GRATUITA**  
(per pagamento anticipato con assegno bancario, c/c postale, bonifico bancario, carta di credito)
- Corriere espresso **€ 6,00**  
(per pagamento anticipato con assegno bancario, c/c postale, bonifico bancario, carta di credito)
- Contrassegno postale ordinario **€ 3,00**
- Contrassegno postale rapido **€ 20,00**

**Totale generale (VOLUMI + SPESE DI SPEDIZIONE): € \_\_\_\_\_**

**Modalità di pagamento**

Ho effettuato in data \_\_\_\_\_ il pagamento di € \_\_\_\_\_

intestato a EDIZIONI MINERVA MEDICA - C.so Bramante 83-85 - 10126 Torino, tramite:

- Assegno bancario allegato
- Versamento su c/c postale n. 00279109 (copia allegata)
- Bonifico bancario (copia allegata)

Coordinate bancarie: INTESA SANPAOLO Ag. 18 Torino, C.so Bramante 82,  
10126 Torino - IBAN: IT45 K030 6909 2191 0000 0002 917

- Pago con Carta di credito  
 Diners  Mastercard  Visa  American Express  
(tutti i campi sono obbligatori)

Carta n. \_\_\_\_\_ Scadenza (mese/anno) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Intestata a (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

CAP Carta di Credito \_\_\_\_\_ (inserire il codice postale dell'indirizzo al quale viene  
inviato l'estratto conto della carta di credito)

Firma \_\_\_\_\_

Pagherò con contrassegno postale

**Dati istituzione** (tutti i campi sono obbligatori)

Istituto/Ente/Ditta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

**Dati di spedizione** (tutti i campi sono obbligatori)

Istituto/Ente/Ditta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

**Dati contatto** (tutti i campi sono obbligatori)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Desidero ricevere fattura quietanzata.  Sì  No  
In caso affermativo, è obbligatorio comunicare partita IVA e/o Codice Fiscale \_\_\_\_\_

I dati istituzione saranno utilizzati come dati di fatturazione

I dati trasmessi e che Lei, ai sensi del D.L.gs. n. 196/2003, ci autorizza a trattare, saranno utilizzati ai soli fini commerciali e promozionali della nostra attività. Aggiornamenti o cancellazioni dei dati dovranno essere richiesti a:  
Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83-85, 10126 - Torino.