

Oggetto : Distribuzione in “modalità alternativa”

Il sottoscritto Cognome.................................... Nome............................................................

Nato a..........................................................................il..........................................................

Rappresentante legale.............................................................................................................

Codice BDN (qualora già registrato) ………………………….............................................

Sede legale: Via.............................................Comune...........................................Prov.........

Cod. fiscale / partita IVA .......................................................................................................

Tel. ...................................................................E-mail...........................................................

# CHIEDE

Che l’ASL/ASSOCIAZIONE sopraindicata sia riconosciuta quale fornitore di mezzi di identificazione per bovini, equini, ovini e caprini, suini, cervidi e camelidi (articoli 11 e 12 del d.lgs. 134/22) in modalità alternativa.

Data.....................................

TIMBRO FIRMA