



MAMMUT®

PROGRAMMA MAMMUT SAFETY

NOME

COGNOME

INDIRIZZO 1

INDIRIZZO 2

CAP

CITTA'

TELEFONO

EMAIL

P. IVA / COD. FISC.

AFFILIATO A: (MEMBRI UIAGM E ASPIRANTI, SCUOLA SCI, SOCCORSO,...)

NR. TESSERINO (INCLUDERE COPIA TESSERINO)

Il sottoscritto dichiara che:

- userà i prodotti ordinati prevalentemente in ambito professionale.
- non rivenderà i prodotti ordinati.

Socrep/Mammut riserva il diritto d'accettazione al Programma Mammut Safety

NOME/COGNOME

Data

Firma