

Certificate Approval N. 205/185/A/0001/UK/ITM

RAPPORTO DI SERVIZIO DEL 30/04/2021

|  |                    |
|--|--------------------|
| CLIENTE : I.C. IV PESTALOZZI SANT'ANTIMO | N. CONTRATTO       |
| INDIRIZZO: VIA G.GIGANTE                 | CITTÀ; SANT ANTIMO |
| RIFERIMENTO:                             | TEL:               |
| INTERVENTO: TRATTAMENTO DIDISINFEZIONE   |                    |

|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| <b>DISINFESTAZIONE</b>  | Prodotto impiegato _____                             |                   |
| Tipo di infestante _____  | <input type="checkbox"/> Installazione               | N° Trappole _____ |
|   | <input type="checkbox"/> Monitoraggio                | N° Lampade _____  |
| <input type="checkbox"/> Presenza Ricontrata  | <input type="checkbox"/> Nessuna Presenza Ricontrata |                   |
| NOTE : Effettuato trattamento di DISINFEZIONE mediante Putilizzo di un nebulizzatore elettrico di nebbia fredda ad ultra basso volume (ULV), per l'erogazione di soluzione battericida con P.M.C. capace di depositare il prodotto omogeneamente su tutte le superfici del locale |  |                   |
|   |  |                   |
|   |  |                   |
| ORARIO INIZIO ATTIVITÀ _____  | ORARIO FINE ATTIVITÀ _____                           |                   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>DISERBO</b> | Principio attivo DIDECLDIME TILAMMONIO CLORURO |
|----------------|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>DERATTIZZAZIONE</b>                       | Principio attivo                                     |
| TRAPPOLE INSTALLATE                          | <input type="checkbox"/> MIRRORCURVE N° _____        |
|  | <input type="checkbox"/> Sicurbox N° _____           |
|  | <input type="checkbox"/> Con Collante N° _____       |
| <input type="checkbox"/> Presenza Ricontrata | <input type="checkbox"/> Nessuna Presenza Ricontrata |

|      |
|------|
| NOTE |
|      |
|      |

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>DISINFEZIONE</b>                | Prodotto impiegato <u>SOVER-FAREX</u> |
| ORARIO INIZIO ATTIVITÀ <u>9:30</u> | ORARIO FINE ATTIVITÀ <u>11:30</u>     |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| RIFERIMENTO DT 249 DEL 29/04/21 |                                |
| FIRMA OPERATORE                 | FIRMA CLIENTE <u>Ross Sath</u> |

Si rilascia il presente documento come attestazione di avvenuto intervento, effettuato da professionisti e con l'utilizzo di Presidi Medici-Chirurgici registrati al Ministero della Salute



**GILAB S.R.L**

Viale Augusto, 9 , 80125 Napoli

TEL : 0817585627

P.I.:05876191213 C.F.:05876191213 , C.C.I.A.A. : 782024

Pec : gs@pec.ascommultiservice.it

Spett.le: I.C. IV PESTALOZZI SANT'ANTIMO  
VIA G. GIGANTE 3  
80029 - SANT'ANTIMO (NA)

Pec:  
CONSEGNA/DESTINATARIO: PLESSO SAVINO

|                                   |                                       |  |  |  |        |                         |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--------|-------------------------|
| Codice cliente<br><b>1413</b>     | NUMERO<br><b>250/21</b>               | D.D.T.<br>DATA<br><b>29-apr-21</b>                                     |  |  | Sconti | Foglio<br><b>1 di 1</b> |
| Agente di Vendita<br><b>20</b>    | V/S Riferimento                       | N/S Riferimento  |  |  |        |                         |
| P. IVA C.F.<br><b>94099880638</b> | Pagamento<br><b>BONIFICO BANCARIO</b> | Appoggio bancario (IBAN)<br><b>IT41D 05387 39690 000042995045 BPER</b> |  |  |        |                         |

| CODICE       | DESCRIZIONE                 | U.M. | Q.tà |
|--------------|-----------------------------|------|------|
| DISINFEZIONE | TRATTAMENTO DI DISINFEZIONE | PZ   | 1,00 |

|           |                   |  |                           |                                     |
|-----------|-------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|
| Trasporto | Firma Conducente: | InizioTrasporto<br><b>29/04/21 11:34</b> | Causale<br><b>VENDITA</b> | Porto                               |
| Vettore   | Firma Vettore:    | Data Consegna                            | N. Colli/Qta              | Aspetto esteriore<br><b>A VISTA</b> |

Firma Destinatario

*Roma Sat*

RAPPORTO DI SERVIZIO DEL 30/04/2021

|  |                    |
|--|--------------------|
| CLIENTE : I.C. IV PESTALOZZI SANT'ANTIMO | N. CONTRATTO       |
| INDIRIZZO: PLESSO SAVINO                 | CITTÀ; SANT'ANTIMO |
| RIFERIMENTO:                             | TEL:               |
| INTERVENTO: TRATTAMENTO DIDISINFEZIONE   |                    |

| DISINFESTAZIONE  |  | Prodotto impiegato _____   |                  |
|--|--|----------------------------|------------------|
| Tipo di infestante _____   | <input type="checkbox"/> Installazione               | N° Trappole _____          | N° Lampade _____ |
| <input type="checkbox"/> Presenza Ricontrata   | <input type="checkbox"/> Monitoraggio                |                            |                  |
| <input type="checkbox"/> Presenza Ricontrata   | <input type="checkbox"/> Nessuna Presenza Ricontrata |                            |                  |
| NOTE : Effettuato trattamento di DISINFEZIONE mediante l'utilizzo di un nebulizzatore elettrico di nebbia fredda ad ultra basso volume (ULV), per l'erogazione di soluzione battericida con P.M.C. capace di depositare il prodotto omogeneamente su tutte le superfici del locale |  |                            |                  |
| ORARIO INIZIO ATTIVITÀ _____   |  | ORARIO FINE ATTIVITÀ _____ |                  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>DISERBO</b> | Principio attivo DIDECLDIMETILAMMONIO CLORURO |
|----------------|---|

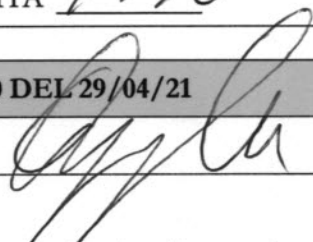
| DERATTIZZAZIONE                              |  | Principio attivo                           |  |
|--|--|--|--|
| TRAPPOLE INSTALLATE                          | <input type="checkbox"/> MIRRORCURVE N° _____        | <input type="checkbox"/> Sicurbox N° _____ | <input type="checkbox"/> Con Collante N° _____ |
| <input type="checkbox"/> Presenza Ricontrata | <input type="checkbox"/> Nessuna Presenza Ricontrata |  |  |

NOTE

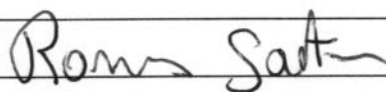
| DISINFEZIONE                       |                                   | Prodotto impiegato _____ |  |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| ORARIO INIZIO ATTIVITÀ <u>9:30</u> | ORARIO FINE ATTIVITÀ <u>11:30</u> |                          |  |

RIFERIMENTO DT 250 DEL 29/04/21

FIRMA OPERATORE



FIRMA CLIENTE



Si rilascia il presente documento come attestazione di avvenuto intervento, effettuato da professionisti e con l'utilizzo di Presidi Medici-Chirurgici registrati al Ministero della Salute



# GILAB S.R.L

Viale Augusto, 9 , 80125 Napoli

TEL : 0817585627

P.I.:05876191213 C.F.:05876191213 , C.C.I.A.A. : 782024

Pec : gs@pec.ascommultiservice.it

Spett.le: I.C. IV PESTALOZZI SANT'ANTIMO  
VIA G. GIGANTE 3  
80029 - SANT'ANTIMO (NA)

Pec:

D.D.T.

|                                   |  |  |        |                         |
|-----------------------------------|--|--|--------|-------------------------|
| Codice cliente<br><b>1413</b>     | NUMERO<br><b>249/21</b>                  | DATA<br><b>29-apr-21</b>   |        |                         |
| Agente di Vendita<br><b>20</b>    | V/S Riferimento<br><b>CIG Z213188B69</b> | N/S Riferimento  | Sconti | Foglio<br><b>1 di 1</b> |
| P. IVA C.F.<br><b>94099880638</b> | Pagamento<br><b>BONIFICO BANCARIO</b>    | Appoggio bancario (IBAN)<br><b>IT41D 05387 39690 000042995045 BPER</b> |        |                         |

| CODICE       | DESCRIZIONE                 | U.M. | Q.tà |
|--------------|-----------------------------|------|------|
| DISINFEZIONE | TRATTAMENTO DI DISINFEZIONE | PZ   | 1,00 |

|           |                   |  |                           |                                     |
|-----------|-------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|
| Trasporto | Firma Conducente: | InizioTrasporto<br><b>29/04/21 11:27</b> | Causale<br><b>VENDITA</b> | Porto                               |
| Vettore   | Firma Vettore:    | Data Consegna                            | N. Colli/Qta              | Aspetto esteriore<br><b>A VISTA</b> |

Firma Destinatario

*Ron Sant*