



Filiale di  
Nome Operatore  
Cell Operatore  
Mail Operatore

  
  
  

Nome Cognome/ragione Sociale

Residenza/sede legale

Key Man

Telefono

Mail

Ampliamento garanzia base incendio e scoppio  **Si**  **no**

**Descrizione del cliente:**

Stato familiare o aziendale (Soci e tra soci)

**Descrizione Attività:**

(Indicare se il cliente è azienda-  
descrivendone l'attività, libero  
professionista-specifica professione,  
Key Man, medico con eventuale  
specificità della specializzazione)

**Ubicazione dell'attività:**

(Descrivere se vi sono diverse ubicazioni delle attività)

**Nota o richiesta:**

**Data**