Spett.le

**ARPAE Emilia Romagna**

**Sede Laboratorio Multisito di Ferrara**

Via Bologna 534

44124 FERRARA FE

**c.a. Dr. Alessandro Tieghi**

***Oggetto****:* scheda di adesione PT - anno 2025

Con la presente, il laboratorio, le cui generalità sono sotto riportate, accetta di partecipare al programma di proficiency test così **come indicato in allegato 1 della I40901/PT,** secondo le modalità evidenziate nella comunicazione del **02/12/2024** ricevuta da questo laboratorio.

***Generalità del laboratorio:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ragione sociale laboratorio*** | | | | ..................................................................................................................………………….. | | | | | | |
| *referente:* | ...........................................................................................................................................................................………………. | | | | | | | | | |
| ***E-mail****:* | .......………………............................................................................. | | | | | | | Cambiata rispetto alla precedente comunicazione | | *sì*  *no*  |
| *Indirizzo di destinazione dei campioni:* | via:........................................................................................……………….................................. n°.....................................  CAP ................……..….Città…………………………………………………………………………………………….… (……)  *telefono.*….................................................................   |  |  | | --- | --- | | Tipologia di laboratorio | Pubblico  Privato  | | | | | | | | | | |
| ***DATI PER LA FATTURAZIONE*** | | | | | | | | | | |
| *Indirizzo per la fatturazione*: | via:........................................................................................………………........................ n°.....................  CAP .........................….Città……………………………………………………………………………………………….…(……)  telefono.….................................................................................. | | | | | | | | | |
| *Cod. fiscale*  *(****campo obbligatorio****)* | | ................................................................... | | | *P.IVA*  *(****campo obbligatorio****)* | | | | ...........................…………………........... | |
| ***codice univoco fatturazione elettronica******SDI (campo obbligatorio):*** | | | | | | …………………………………………………………………………… | | | | |
| *referente amministrativo* | | | …………………………………………………………… . | | | | Split Payment SI  NO  | | | |

***Proficiency Test che il laboratorio intende effettuare:*** (barrare con una **X** quello che interessa)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fitofarmaci e Nitrati**  sessione 1   sessione 2   sessione 3  | **Fitofarmaci**  sessione 1   sessione 2   sessione 3  | **Nitrati**  sessione 1   sessione 2   sessione 3  |

Con la presente ci impegniamo a:

* inviare i risultati dei PT secondo le modalità indicate da ARPAE;
* a corrispondere ad ARPAE Regione Emilia Romagna via Po, 5 40139 BO a seguito del ricevimento della fattura, l’importo complessivo, derivante dalla somma del costo del PT e del trasporto, sotto riportato (IVA di legge esclusa);
* ad accettare tutte le specifiche presenti nella “Linea guida” All. 6 della I40901/PT;
* consentire la pubblicazione della ragione sociale del laboratorio sui Report Finali. Si specifica che non verrà in alcun caso resa nota la decodifica dell'associazione codice-laboratorio.

*Barrare per presa visione*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Costo PT: |  | Costo trasporto: |  |

Cordiali saluti.

*(località e data)…………………….* Il Responsabile del Laboratorio

………...……………………………...………

To

**ARPAE Emilia Romagna**

**Multi-site laboratory headquarters in Ferrara**

Via Bologna 534

44124 FERRARA FE

**ca Dr. Alessandro Tieghi**

***Subject*** *:* PT membership card - year 2025

Hereby, the laboratory, whose details are reported below, agrees to participate in the Proficiency Test Program as **indicated in Annex 1 of I40901/PT,** according to the methods highlighted in the communication dated **02/12/2024** received from this laboratory.

***General information about the laboratory:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Laboratory Company Name*** | | | | .................................................. .................................................. ..............………………….. | | | | | | |
| *contact person:* | .................................................. .................................................. .................................................. ....................………………. | | | | | | | | | |
| ***Email*** *:* | .......………………................................................. .......................................... | | | | | | | Changed compared to the previous communication | | *yes* *no*  |
| *Destination Address (where the samples will be sent)* | Street address:........................................................................………................................ n°............................  Zipcode ................……..….City……………………………..(……) Country:…………………………………………………….  *telephone.* …............................................ ..............   |  |  | | --- | --- | | Type of laboratory | Public Private  | | | | | | | | | | |
| ***BILLING DATA*** | | | | | | | | | | |
| *Billing address*: | Street address:........................................................................………................................ n°............................  Zipcode ................……..….City……………………………..(……) Country:…………………………………………………….  telephone.…............................................... ................................... | | | | | | | | | |
| *Tax code*  *(* ***required field*** *)* | | .............................................................. | | | *VAT number*  *(* ***required field*** *)* | | | | ...........................……………………........ | |
| ***Unique electronic invoicing code SDI (mandatory field):*** | | | | | | …………………………………………………………………………… | | | | |
| *Administrative contact* | | | …………………………..…………………….……………. | | | | Split Payment YES  NO  | | | |

***Proficiency Test that the laboratory intends to carry out:*** (tick with an **X)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pesticides and Nitrates**  session 1   session 2   session 3  | **Pesticides**  session 1   session 2   session 3  | **Nitrates**  session 1   session 2   session 3  |

We hereby undertake to and Check to acknowledge:

* send the PT results according to the methods indicated by ARPAE;
* pay to ARPAE Regione Emilia Romagna via Po, 5 40139 BO upon receiving the invoice receipt, and the total amount, (sum of the PT and transport costs, reported below (legal VAT excluded);
* accept all the specifications in the "Guideline" Annex 6 of I40901/PT;
* allow the publication of the laboratory's company name on the Final Reports. Please note, that in no case, the association of the laboratory code will be made known.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PT cost : |  | Transport cost: |  |

Best regards.

*(location and date)…………………….* The Laboratory Manager

…………………………....…………