

EFFETTUATO DA: _____ **PULIZIE**

CLIENTE: _____ DATA: _____

RIFERIMENTO: _____ PREVENTIVO PER IL: _____

ORARI: MATTINA: _____ SERA: _____ RIPASSO: _____

N° PIANI: _____ GRADO DI PULIZIA RISCONTRATO: INSUFF SUFF BUONO OTTIMO

| LOCALI / PIANO | MQ | ORE | TIPO PAVIM. | N° SCRIV. | N° BAGNI | PARETI | VETRI | |
|----------------|----|-----|-------------|-----------|----------|--------|-------|--|
| | | | | | (unità) | MOBILI | | |
| 1) | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | | |
| 5) | | | | | | | | |
| 6) | | | | | | | | |
| 7) | | | | | | | | |
| 8) | | | | | | | | |
| 9) | | | | | | | | |
| 10) | | | | | | | | |
| ESTERNI | | | | | | | | |
| RESA SACCHI | | | | | | | | |
| SCALE: | | | | | | | | |
| ASCENSORI: | | | | | | | | |

MATERIALE IGIENICO SANITARIO: _____

ATTREZZ. PARTICOLARI: _____

NOTE : _____

FIRMA: _____