



PUBBLICA ASSISTENZA DI FIDENZA ODV

VIA DON ENRICO TINCATI N° 3 FIDENZA

MODULO RICHIESTA SERVIZIO MANIFESTAZIONI SPORTIVE O EVENTI



Il sottoscritto _____
residente a _____ via _____ n. _____
in qualità di _____
del (associazione o altro) _____
telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

RICHIEDE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA

Per la manifestazione o evento denominata: _____			
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
In località _____		presso _____	

Numero ambulanze richieste _____ Rimborso orario stazionamento o frazione di ora € 25,00
Rimborso percorrenze € 1,00 per kilometro

La Pubblica Assistenza si riserva di addebitare le ore in eccedenza rispetto a quelle previste nella tabella

Dati del richiedente
o Intestatario _____

Via _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov(____)

Cod.Fis.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

Coordinate per i pagamenti: IBAN IT54Z 06230 65730 0000 71097787

In caso di stazionamento inferiore all'orario finale previsto, la fatturazione sarà effettuata in base all'orario preventivato.

oppure presso la sede della Pubblica Assistenza di Fidenza ODV

via Don Enrico Tincati n°3 rivolgendosi al front office

In caso di stazionamento superiore all'orario previsto, fatta salva la disponibilità della squadra, la fatturazione sarà effettuata in base all'effettivo orario svolto.

SPAZIO RISERVATO A PUBBLICA ASSISTENZA

NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

Per accettazione _____

Fidenza, li _____