PUBBLICA ASSISTENZA DI FIDENZA

onlus dal 1971

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
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
Che si svolgerà	Il giorno	dalle	alle
In località		presso	

Numero ambulanze richieste _____ Costo orario € 25,00 per ogni mezzo

Dati del richiedente per la nota di addebito ☐ o ricevuta ☐ barrare la casella

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

conto corrente postale: 000014402432

SPAZIO RISERVATO A PUBBLICA ASSISTENZA NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

Per accettazione_____ Fidenza, lì _____