



CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato di Città di Castello
Via L. Angelini, 20 – 06012 Città di Castello (PG)
Cellulare/WhatsApp: 3316425339
e-mail: servizisanitaricricdc@gmail.com

RICHIESTA DI AMBULANZA E PERSONALE PER SERVIZIO SPORTIVO / MANIFESTAZIONE

Il sottoscritto Sig. _____ in qualità di responsabile/rappresentante legale del/della

Ente / Società Sportiva / Associazione / Pro Loco

Sede in	CAP	Via
---------	-----	-----

Chiede la presenza di n. _____ ambulanza/e con personale volontario qualificato BLSD - PBLSD
per il/i giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____

(in caso di prolungamento dell'orario di fine servizio, rispetto a quello comunicato, potrebbe essere applicato un sovrapprezzo o potrebbe non essere garantita la permanenza dell'equipaggio)

Tipo di gara / manifestazione: _____

Luogo del ritrovo: _____

Referente sul posto: Sig. _____ Telefono _____

L'ambulanza seguirà la gara / manifestazione **NO** ☐ **SI** ☐ (indicare Km _____)

Per i servizi che comprendono l'orario dei pasti la società fornirà all'equipaggio il relativo pasto **NO** ☐ **SI** ☐

NOTE (allegare dettaglio programma in caso di più giorni e orari diversi, richieste o segnalazioni)

Dati fiscali intestatario della ricevuta

DATI OBBLIGATORI

Ragione Sociale dell'Ente PA / Società / Società Sportiva / Associazione / Pro Loco		
Sede in	CAP	Via e numero civico
Telefono		E-mail
P.IVA		Cod. Fiscale
Codice Destinatario (SDI)		PEC
Codice CIG (solo Pubblica Amministrazione)	Codice CUP (Codice Unico di Progetto)	CUU (Codice Univoco Ufficio solo Pubblica Amministrazione)

Esenti da Imposta di Bollo (tabella B punto 27-bis DPR 642/72 e D.Lgs. 117/17).

In attesa di una Vostra conferma porgo distinti saluti

Per accettazione - Il responsabile

_____, li _____

La presente richiesta dovrà pervenire entro e non oltre 10 giorni prima della data dell'evento. In caso contrario, se non preventivamente concordato telefonicamente, non si garantisce l'effettuazione del servizio.