



CROCE BLU BASSO SEBINO ODV



DENOMINAZIONE ENTE, SOCIETA', ASSOCIAZIONE ,...	
TELEFONO	E-MAIL
CODICE FISC/PARTITA IVA	
INDIRIZZO SEDE	
REFERENTE SIG./RA	
TIPO DI EVENTO	
LUOGO EVENTO	

DATA/E EVENTO	1^	2^	3^
ORA DI INIZIO			
ORA DI FINE			
servizio richiesto*			
SE L' AMBULANZA è IN MOVIMENTO DESCRIVA L'INTINERARIO			
L' ORGANIZZAZIONE SI FA CARICO DEL EVENTUALE PRANZO/CENA DEI VOLONTARI	SE SI VS REFERENTE PRANZO/CENA SIG. <input type="checkbox"/> VISTO GLI ORARI NON E' STATA/O PREVISTA/O	SE SI VS REFERENTE PRANZO/CENA SIG. <input type="checkbox"/> VISTO GLI ORARI NON E' STATA/O PREVISTA/O	SE SI VS REFERENTE PRANZO/CENA SIG. <input type="checkbox"/> VISTO GLI ORARI NON E' STATA/O PREVISTA/O

note

*** ELENCO DEI SERVIZI RICHIESTI:**

MSB - ambulanza di base con 3/4 soccorritori

CMR- ambulanza di soccorso avanzato con 2 soccorritori e medico (medico a carico dell' organizzatore come costi e ingaggio)

APPIEDATI - 2 soccorritori appiedati in aggiunta al mezzo MSB

SPEDIRE IL MODULO, COMPILATO E FIRMATO, ALL'INDIRIZZO E-MAIL segreteria@croceclubassosebino.com. SARETE RICONTATTATI PER LA CONFERMA.

TIMBRO E FIRMA ORGANIZZATORE