



A.V.P.A. Croce Arcobaleno
Via Pacifico Marini snc
63848 Petritoli FM
tel 0734658488 fax 0734658084 mail
info@crocearcobaleno.org

Oggetto : richiesta di ambulanza e personale per manifestazione / servizio sportivo

Io Sottoscritto/a _____ in qualità di responsabile \ rappresentante della
 Privato Ditta Associazione Società Sportiva

(dati) _____

Con sede in _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Partita Iva _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

Chiede la presenza di :

- n° _____ ambulanze di tipo A (equipaggio formato da 1 autista soccorritore e 1 barelliere)
- n° _____ ambulanze di tipo B (equipaggio formato da 1 autista e 1 barelliere)
- n° _____ pulmino per disabili (equipaggio formato da 1 autista)
- n° _____ auto medica (equipaggio 1 autista soccorritore)
- n° _____ taxi sanitario – auto semplice (equipaggio 1 autista)
- n° _____ equipaggio a piedi formato da 2 persone con zaino di primo soccorso

per il/i giorno/i _____ (in caso di più giorni allegare il programma)

dalle ore _____ alle ore _____ luogo di ritrovo _____

ora di ritrovo _____ (se differente dall' ora sopraindicata)

l' ambulanza seguirà la manifestazione Si No

Referente sul posto : Sig. _____

Telefono _____

Note _____

In attesa di una Vostra conferma porgo distinti saluti

_____, li _____

Il Responsabile

Compilare e inviare via mail o fax. La richiesta dovrà pervenire almeno 15 giorni prima dell' evento.