



Croce Rossa Italiana
Comitato locale di Cesenatico
Ispettorato gruppo Volontari del Soccorso Cesenatico e Gatteo

Spett.le
Croce Rossa Italiana
Comitato Locale di Cesenatico
Largo Cappuccini, 3
47042 Cesenatico (FC)
Fax n. 0547 80053 E-mail cricnt@tiscalinet.it

Modulo RICHIESTA di servizio sanitario con AMBULANZA e personale soccorritore

Dati del richiedente			
Nominativo ragione sociale			
Indirizzo	via		nr
	cap	Citta'	
Telefono e cellulare		fax	
e-m@il			
p.iva/cod. fisc			
Dati per la fatturazione (solo se diversi dai dati del richiedente)			

Dati della manifestazione			
Denominazione evento			
Data evento			
Orario di inizio evento		Orario di fine evento	
Luogo			
Indirizzo		citta	
Postazione fissa			
Postazione mobile	si	No	Note (allegare il percorso)
Richiesta di seconda ambulanza	si	No	Note (vedi Regolamento allegato alla voce Richiesta)
Infermiere richiesto	si	no	Note
Medico in loco	si	no	note
Responsabile evento in loco		Tel. Cell	
SI DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO ALLEGATO AL PRESENTE MODULO			SI

Si esonera la Croce Rossa Italiana Comitato Locale di Cesenatico da qualsiasi responsabilità in merito all'organizzazione e alla gestione dell' evento.

Cesenatico _____/_____/_____

Firma del richiedente