

# RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA PER MANIFESTAZIONE

Spett. Le Croce Rossa Italiana sede di Trieste

Il sottoscritto :		In qualità di	
Chiede la presenza della Croce Rossa di Trieste alla manifestazione sotto descritta:			
Tipo di manifestazione :		(es. ciclistica, podistica, moto ...)	
Data dell'evento :		Ora inizio :	Ora fine prevista :
Luogo dell'evento :			
Referente sul posto >	Nome :	Telefono :	
Ambulanze richieste (con equipaggio) N°			
Indicare se l'ambulanza è ferma sul posto o segue i partecipanti :			
Squadra a piedi /a terra N°			
Si richiede preventivo	SI / NO		
Se è presente un medico, prego indicarne il titolo:			
<b>DATI PER LA FATTURAZIONE:</b>			
Denominazione* :			
Indirizzo* :		*N°	
C.A.P. * :	Comune *:	Provincia* :	
Partita IVA*:	o Codice fiscale* :		
Telefono :	Fax :		
Giorni e/o Orari di reperibilità:			
Indirizzo e-mail :			

*\*Campi obbligatori*

Luogo: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e/o Timbro \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

-----  
Da inviare alla mail **trieste@cri.it**

Note:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per manifestazioni che si sviluppano in percorsi vari (es. ciclistiche), indicare i chilometri e, se possibile, il tracciato, eventualmente allegare mappa del percorso alla presente richiesta.