

Prot. n. 683/2017

ALLEGATO N. 2 AL CAPITOLATO SPECIALE

FAC – SIMILE BOLLA DI SERVIZIO

BOLLA DI SERVIZIO n.: _____

RICHIEDENTE: _____ AUTORIZZATO DA _____

TRASPORTATO DA: _____

A: _____

SIG.: _____

_____ ETA': _____

DOMICILIATO IN: _____

NOTE: _____

DATA: _____

COMPONENTI DELL'EQUIPAGGIO
(indicare nome e cognome)

Km. entrata: _____ ora: _____ _____

Km. uscita: _____ ora: _____ _____

Km. eff.ti: _____ _____

N° AMB.: _____

*(SPAZIO RISERVATO PER LA VIDIMAZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE
OVE E' AVVENUTO IL TRASPORTO.)*