



DATA \_\_\_\_\_

**RICHIESTA PRENOTAZIONE**

TEL. 0172/381280 - FAX. 0172/381348

Giorno dell'arrivo \_\_\_\_\_

Nome del gruppo \_\_\_\_\_

Responsabile Sig./ra \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

TIPO DI GRUPPO    CRAL     ASSOCIAZIONE     COMUNE

ALTRO \_\_\_\_\_

Numero di persone \_\_\_\_\_

Gratuità 1 ogni 20 paganti

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 Codice in materia dei dati personali, con la compilazione e l'invio del presente modulo autorizzo Cupolelido al trattamento dei dati personali ai fini dell'espletamento della presente prenotazione ed al fine dell'invio di comunicazioni concernenti l'attività di Cupolelido. Titolare del trattamento è Cupolelido O.S.T.S.r.l. S.R. 20 12030 CAVALLERMAGGIORE(CN) alla quale si potrà rivolgere per esercitare i diritti sui suoi dati che verranno trattati dal personale di Cupolelido o da terzi incaricati ai fini dell'espletamento di operazioni di direct marketing, sempre comunque inerenti l'attività di Cupolelido.

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

CONTANTI    ASSEGNO DIRETTO ALLA CASSA    BONIFICO\*

\*tramite bonifico bancario intestato a O.S.T. S.r.l. STRADA REGIONALE 20 CAVALLERMAGGIORE (CN) su Cassa Di Risparmio di Savigliano Sede Centrale cod. **IBAN IT 98X 06305 46851 000010103839**

Causale pagamento: Estate Ragazzi 2017 - Nome Gruppo - Data Visita.

**ATTENZIONE** IN CASO DI BONIFICO INVIARE RICEVUTA DEL VERSAMENTO 2 GIORNI PRIMA DELLA GITA ALL'UFFICIO CONTABILITA'

**MAIL: [ost@evitadisco.it](mailto:ost@evitadisco.it) - FAX : 0172-381348**