



RICHIESTA DI SERVIZIO
SOCIALE/SPORTIVO

Volontari Croce Bianca Lumezzane – ONLUS
Via Madre Lucia Seneci, 34 25065 Lumezzane (BS)
TEL/FAX: 030-829717 / 030-827379
www.crocebiancalumezzane.org / info@crocebiancalumezzane.org

Modulo del 01/11/2017

Data: ___/___/20___

Il sottoscritto/a _____ Tel. _____

CF _____

Per conto dell'Ente/Associazione/Parrocchia denominato/a _____

Chiedo la presenza di N° ___ Ambulanza/e, sapendo che ogni equipaggio è formato da minimo tre Volontari con Certificazione Regionale 118

Soccorritore Esecutore, dotato di DAE (Defibrillatore semi-Automatizzato Esterno) oltre a tutti i presidi normalmente presenti sulle ambulanze e negli zaini di soccorso

PER L'EVENTO DENOMINATO: _____

CHE SI SVOLGERÀ IN DATA: ___/___/20___ (Oppure dal ___/___/20___ al ___/___/20___)

Dalle ore ___:___ alle ore ___:___ **GIORNO/I:** LU MA ME GI VE SA DO

DESCRIZIONE DELL'EVENTO O INFO IMPORTANTI: _____

LUOGO DELL'EVENTO: _____ Città _____

Via/P.za _____ N° _____ Persona di riferimento sul posto: _____

RICHIEDO INFERMIERE: SI NO

RICHIEDO MEDICO RIANIMATORE: SI NO

Per assistenza con motocicletta barrare qui

COSTI DEL SERVIZIO: Ambulanza € 1,30/Km - Fermo macchina € 30,00/h - Infermiere € 30,00/h ca. - Medico Rianimatore € 70,00/h ca. Moto € 0,50/Km - Fermo Moto € 15,00/h

CONDIZIONI (Leggere Sempre):

Il compenso per i servizi richiesti da Enti, Associazioni o Parrocchie con sede a Lumezzane sono in forma di OFFERTA LIBERA (da escludersi le tariffe di Infermiere e Medico Rianimatore) / I compensi di Infermiere e Medico Rianimatore sono indicativi, daremo conferma dell'eventuale tariffa / Si chiede di fornire eventuali buoni pasto per i militi prestanti il servizio / Il fermo macchina/moto è calcolato dall'arrivo sul posto sino alla partenza per il rientro / Si ricorda che se durante il servizio di assistenza all'evento, debbano essere effettuati dei trasporti o dei trasferimenti, anche in caso di emergenza autorizzata dal 118, i costi del servizio rimangono invariati e sono a carico del richiedente il servizio / La nostra Associazione declina ogni responsabilità e comunque non garantisce per richieste particolari non inserite in questo modulo / Per altre informazioni o accordi particolari contattare i Responsabili, chiamando presso la nostra sede.

Indirizzo dell'Ente/Associazione/Parrocchia richiedente il servizio (COMPILARE SEMPRE):

Ente/Associazione/Parrocchia _____

CF o P.IVA _____ **Città** _____

Via/P.za _____ **N°** _____ **C.A.P.** _____ **Provincia** _____

TIMBRO E FIRMA DI CHI FA LA RICHIESTA: _____

A CURA DEI RESPONSABILI DEI SERVIZI SOCIALI/SPORTIVI

Il servizio è: Accettato Rifiutato Il compenso è in forma di: Pagamento Offerta Libera

Ora partenza dalla sede: ___:___ Mezzo N: _____ Direttive particolari: _____

Equipaggio del Servizio: **AUTISTA Soccorritore:** _____ **CAPO Servizio:** _____

SOCCORRITORE Operatore DAE: _____ **SOCCORRITORE/Allievo:** _____

FIRMA del Responsabile dei Servizi Sportivi:

A cura del Capo Servizio

Verbale N° _____ Arrivo sul posto ___:___

Partenza dal posto ___:___ Totale Ore _____