



MODULO DI RICHIESTA UTILIZZO IMPIANTO FUNICOLARE

Il/la sottoscritto/a.....

residente a.....CAP.....Prov.....

in via.....nr.....

Codice Fiscale.....Telefono.....

CHIEDE DI POTER UTILIZZARE L'IMPIANTO FUNICOLARE SACRO MONTE DI VARESE

PER IL GIORNO N. DI UTENTI

CORSA ANDATA ALLE ORE CORSA RITORNO ALLE ORE.....

N.B. L'orario delle corse potrà essere modificato entro il giorno precedente. In caso di ritardo, il personale attenderà gli utenti per un massimo di trenta minuti rispetto all'orario richiesto. Oltre trenta minuti di ritardo, la corsa verrà annullata senza alcun rimborso.

RICHEDE INOLTRE L'EMISSIONE DI FATTURA CON LA SEGUENTE INTESTAZIONE :

INTESTATARIO

SEDE LEGALE IN.....VIA.....NR.....

P.IVA.....C.F.....

Le corse di andata e di ritorno dovranno essere effettuate all'interno della stessa giornata . I servizi verranno svolti **ESCLUSIVAMENTE** all'interno dell'orario dalle 8.00 alle 22.00. Il pagamento del servizio dovrà essere effettuato anticipatamente (entro tre giorni prima del servizio) tramite Bonifico Bancario su Conto Corrente intestato ad : A.V.T. Azienda Varesina Trasporti e Mobilità S.r.l. - Sede legale : Via Astico nr. 47 – 21100 Varese (VA) presso **UBI BANCA POPOLARE DI BERGAMO VARESE SEDE**

IBAN: IT46Q031111080100000053008