

**MODULO RICHIESTA SERVIZIO MASCHERE E DIREZIONE DI SALA PRESSO IL
TEATRO SOCIALE " G. BUSCA " DI ALBA**

ATTENZIONE: il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato entro il quinto giorno lavorativo antecedente la manifestazione.

**SPETT.LE NO LIMITS SERVICE SAS
VIALE BIELLA 3/A – 10015 IVREA TO
Tel. 351 8304386**

Il sottoscritto.....

Per conto della società.....

Richiede per il giorno.....

Il servizio di **maschera** da espletarsi dalle ore..... (effettuato e conteggiato da 45 min. prima dell'evento) alle ore.....

e il servizio di **Direzione Sala** da espletarsi dalle ore..... (effettuato e conteggiato dall'ingresso degli organizzatori in teatro)

in occasione dell'evento.....

che si terrà in sala

STORICA

NUOVA

La Direzione di sala entrerà in servizio contemporaneamente all'ingresso degli organizzatori in teatro.

SERVIZIO MASCHERE

N° ore procapite (min 4)	N° maschere in servizio (min 3)	Totale (costo orario pro capite <u>14,40 Euro</u>)	Costo con IVA al 22% (costo orario pro capite <u>17,57 Euro</u>)
Ore EXTRA			

DIREZIONE SALA

N° ORE (MIN. 4)	TOTALE (costo orario <u>16,00 Euro</u>)	Costo con IVA al 22% (costo orario <u>19,52 Euro</u>)
Ore EXTRA		

TOTALE.....

A tal fine provvederemo al pagamento anticipato a mezzo bonifico bancario del corrispettivo totale pari a Euro..... IVA al 22% INCLUSA su c/c intestato a:

NO LIMITS SERVICE SAS

codice IBAN: IT 92 E 03268 30880 000 8298 59010

La fattura potrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica:

.....

Oppure al seguente indirizzo:

.....

La presente richiesta , l'anticipazione della copia del bonifico effettuato e la scheda anagrafica compilata in ogni sua parte, dovranno essere inviate all'indirizzo di posta elettronica: nolimitserviceivrea@gmail.com

La richiesta del servizio e il pagamento devono essere effettuati 5 giorni prima della data prevista per l'evento. In caso di mancato pagamento entro i termini indicati non potrà essere garantito il servizio richiesto.

L'eventuale disdetta del servizio dovrà essere comunicata entro le 48 ore prima dell'evento al numero 351 8304386 (Cinzia Gianotti) **pena l'addebito dell'intero costo del servizio pattuito.**

Eventuali prolungamenti oltre l'orario concordato verranno fatturati a consuntivo sulla base dei corrispettivi orari sopraindicati come quote orarie aggiuntive per ogni addebito sulla base del modulo che vi verrà consegnato all'arrivo.

Cordiali saluti

Data.....

Timbro e Firma leggibile del richiedente

.....

Si prega di fornire tutti i dati necessari per la fatturazione

Ragione Sociale _____

Tipo società (ditta indiv, sas, snc, srl, spa, soc. coop.) _____

Nome e Cognome (solo persone fisiche) _____

Referente _____

Indirizzo SEDE LEGALE _____

CAP _____

Città _____

Provincia _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Telefono _____

Fax _____

e-mail _____