

**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**

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

**DIREZIONE SALA**

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

**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](mailto: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 \_\_\_\_\_