



MODULO RICHIESTA SOSTA SALMA "SALA DEL COMMiato SAN GIUSEPPE"

da inoltrare via mail a: sompezzedigreco@libero.it

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel/cel _____ e-mail _____ C.F. _____

titolare/ Rapr. Legale dell'Impresa _____

con sede a _____ in via _____

P.IVA _____ tel. _____ e-mail _____

con la presente chiede a codesta SOMS l'autorizzazione alla sosta della salma di

DATI DEL DEFUTO/A

Cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

deceduto/a presso _____ il _____

residente in vita in _____ via _____

DEFUNTO/A ISCRITTO/A A:

SOMS PEZZE DI GRECO	25% DI SCONTO
CONFRATENITA PEZZE DI GRECO	15% DI SCONTO
SOMS MONTALBANO	15 % DI SCONTO
PRIVATO/A O DI ALTRA ASSOCIAZIONE	PAGAMENTO COMPLETO

DATI UTILIZZO SALA

Dal giorno _____ ora d'ingresso _____

al giorno _____ ora d'uscita _____

Con la presente si precisa che:

- ricade sotto la responsabilità della famiglia la veglia della salma durante tutta la sosta nella struttura;
- che l'orario di apertura della struttura è fissato alle ore **08:00** e la chiusura è prevista alle ore **20:00**;
- è consapevole che la somma da versare a titolo di rimborso spese ammonta a:
 - € 360,00 (2 giorni più una notte) firma del familiare _____
 - € 380,00 (2 giorni + 2 notti) firma del familiare _____

Da bonificare a Società Ope – Artigiana di Mutuo Soccorso Pezze di Greco Via T. Tasso, 19 72015 Pezze di Greco (Br) - IBAN: IT 66 S 08607 25802 003000600396

Causale: uso sala del commiato

DELAGATO FAMILIARE

L'IMPRESA DI O.F.