

ABBONAMENTO

UNIVERSITARI E DIPENDENTI
AZIENDA OSPEDALIERA
NOTTURNO (07,00/21,00)
VALIDO TUTTI I GIORNI

€.



(Completare in ogni sua parte in stampatello)

COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SOTTOSCRITTO/A <input type="text"/>	<input type="text"/>
NATO/A A <input type="text"/>	PROV <input type="text"/> IL <input type="text"/>
CODICE FISCALE <input type="text"/>	
RESIDENTE IN <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>
VIA/PIAZZA <input type="text"/>	N° <input type="text"/>
C.A.P. <input type="text"/>	TELEFONO <input type="text"/>
	CELL <input type="text"/>
EMAIL <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO	<input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA VALIDA
	NUMERO <input type="text"/>
RILASCIATO DA <input type="text"/>	DATA DEL RILASCIO <input type="text"/>

RICHIEDE IL RILASCIO DELL'ABBONAMENTO UNIVERSITARI E DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA
INTESTAZIONE FATTURA

(Completare in ogni sua parte in stampatello)

MARCA <input type="text"/>	MODELLO <input type="text"/>	TARGATO <input type="text"/>
RAGIONE SOCIALE/COGNOME PROPRIETARIO <input type="text"/>		
NOME PROPRIETARIO <input type="text"/>		
PARTITA IVA <input type="text"/>		
RESIDENTE IN <input type="text"/>		PROV <input type="text"/>
VIA/PIAZZA <input type="text"/>		N° <input type="text"/>
C.A.P. <input type="text"/>	TELEFONO <input type="text"/>	CELL <input type="text"/>

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del d. lgs. n. 196/2003, presta consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per lo svolgimento dei servizi di competenza di Salerno Mobilità S.p.A., così come previsti dal disciplinare tecnico.

Salerno, li _____

Firma _____

contattare lo 089/251315 o scrivere a ufficiopermissisosta@salernomobilita.it per ogni ulteriore informazione.