

**Allegato N. 2**

**FAC – SIMILE BOLLA DI SERVIZIO**

**BOLLA DI SERVIZIO n.:** \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_

**TRASPORTATO DA:** \_\_\_\_\_

**A:** \_\_\_\_\_

**SIG.:** \_\_\_\_\_

**ETA':** \_\_\_\_\_

**DOMICILIATO IN:** \_\_\_\_\_

**NOTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**COMPONENTI DELL'EQUIPAGGIO**  
*(indicare nome e cognome)*

**Km. entrata:** \_\_\_\_\_ **ora:** \_\_\_\_\_

**Km. uscita:** \_\_\_\_\_ **ora:** \_\_\_\_\_

**Km. eff.ti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N° AMB.:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(SPAZIO RISERVATO PER LA VIDIMAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA  
OVE E' AVVENUTO IL TRASPORTO.)*