

Allegato N. 2 al CSA

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.)*