



Giaveno, li 30/07/2026
Comitato C.R.I. di Giaveno (TO)
Protocollo n: _____/26/E
Recapito Incaricato al Servizio: 335 53 92 324
Allegati 0 - pagine 3

Alla cortese attenzione
Comune di Coazze

Cristina DOMINICI

Mail: segreteriacomunale@comune.coazze.to.it
Recapito: _ 011 93 49 681 _

Oggetto: Preventivo realizzazione Assistenza Sanitaria a
Manifestazione

Spettabile Organizzazione,

con la presente siamo a inviare il nostro preventivo per realizzare l'Assistenza Sanitaria alla Manifestazione da voi richiesta. A tal proposito vi riepiloghiamo in seguito le informazioni concordate:

Evento:	FESTA FERRAGOSTO COAZZE		
Giorno:	DOMENICA 15/08/2026	dalle ore: 19:00	alle ore: 24:00
Luogo:	Viale Italia 61, Coazze		
Equipaggi:			
Squadre a piedi: (2/3 unità con zaino equipaggiato)	[0]		
Quantità ABZ (Ambulanza di Trasporto con equipaggio):	[1]		
Quantità MSB (Ambulanza di Soccorso di Base con equipaggio):	[0]		
Quantità Medici o Unità Medicalizzate:	[0]		
E' richiesta la presenza del DAE:	[SI]		
Prezzo per 1 ABZ per il giorno 15/08:	90,00 €		
Pasto per i Volontari C.R.I.	[X] incluso (a carico dell'organizzatore)		
	[] escluso (non previsto)		

ATTENZIONE: si segnala che in caso di annullamento dell'assistenza è fatto obbligo al richiedente di trasmettere, almeno 4 ore prima, formale disdetta del servizio (Fax/Telefono). Qualora tale comunicazione non pervenisse o il mezzo giungesse sul luogo dell'assistenza, verrà comunque richiesto il pagamento del diritto di chiamata pari ad €25,00.

Si precisa altresì che, qualora per il vostro Ente/Associazione fosse previsto l'obbligo di stazionamento del mezzo, nel caso in cui si presentasse la necessità di trasportare un infortunato presso l'Ospedale di riferimento, non potremo garantire l'invio di un mezzo di soccorso da parte della Centrale Operativa 118: in tal caso il trasporto verrà effettuato dal nostro mezzo di Trasporto impegnato nel servizio di Assistenza Sanitaria e risulterà pertanto necessario interrompere la manifestazione fino al suo rientro. Consigliamo pertanto di valutare accuratamente l'opportunità di richiedere numero due (2) ambulanze di cui 1 di Trasporto

e 1 di Soccorso (nel caso vi preghiamo di comunicarlo con opportuno anticipo).

Cogliamo ancora l'occasione per riepilogare le nostre tariffe in vigore dal 01.05.13:

Diritto di chiamata:	€ 25,00	(UNA TANTUM)
Tariffa oraria (prime 4 ore) :	€ 25,00/h	
Tariffa oraria (oltre le 4 ore):	€ 20,00/h	
Costo Chilometro aggiuntivo per trasporto in ospedale con la nostra ambulanza € 0,80 (dal luogo dell'assistenza all'ospedale e ritorno).		
Squadra a piedi (2/3 Volontari C.R.I. con zaino equipaggiato per Primo Soccorso): € 15/h		
Rimborso per eventuale ripristino piastre monouso DAE in caso di utilizzo: € 60,00		

Vi preghiamo di compilare la presente comunicazione in tutte le sue parti e trasmetterla firmata e timbrata per accettazione (il mancato ricevimento non ci consentirà di poter effettuare il servizio).

Croce Rossa Italiana
Comitato di Giaveno
Organizzazione di Volontariato

DATI PER LA FATTURAZIONE:

Ragione sociale o nominativo del richiedente (se persona fisica):

Via: _____ N° civico: _____

Comune: _____ () CAP: _____

Partita IVA: _____

Codice fiscale: _____

Codice Univoco (se P.A.): _____

L'organizzazione dichiara di aver rispettato tutti gli obblighi previsti dalle "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate" (Accordo proposto dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n.281 e s.m.i.).

Data: / /

Per accettazione, il richiedente del servizio

Firma e timbro: _____



NUOVA INFORMATIVA PRIVACY

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679 presta il suo consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ed al trattamento dei dati sensibili per le finalità e lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa (disponibile anche sul sito www.crigiaveno.it seziona Download - Privacy).

☐ Do il Consenso ☐ Nego il consenso

Firma per presa visione Informativa Privacy

Data: ____ / ____ / ____

Firma: _____