

PROTOCOLLO
AVES
CODICE IDENTIFICATIVO

Da compilare e inviare via fax allo 0541 305871 o via mail a hotel@convocazionenazionale.it

Gruppo/Comunità _____ Diocesi _____ Regione _____

Nome _____ Cognome _____ Cod Fisc _____

Via _____ N.° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cellulare _____ Telefono _____ Email _____

Mezzo di trasporto con cui si raggiunge Rimini Pullman: nr _____ Auto: nr _____ Altro: _____

Richiesta Servizio Navetta (esclusivamente per Sicilia e Sardegna) NO SI per nr. _____ persone

Categoria hotel scelta Hotel tipo A Hotel tipo B Hotel tipo C **Preferenza hotel (non vincolante)** _____

PERIODO STANDARD: 22 – 25 APRILE Arrivo il **22 aprile** con cena Partenza il **25 aprile** dopo pranzo

PARTECIPANTI *Gli infant fino a trentasei mesi non vanno conteggiati** NR _____ di cui:

Adulti _____ Autisti _____ Bambini (fino a 10 anni non compiuti) _____ + (Infant* _____ in camera _____)

CAMERE RICHIESTE

Singole _____ Doppie _____ Matrimoniali _____ Triple _____

Matrimoniali + 1 letto _____ Quadruple _____ Matrimoniali + 2 letti _____ = TOT camere _____

Presenza di persone con disabilità in carrozzina

NO SI Dimensioni carrozzina _____ Camera occupata _____

PERIODO INFERIORE A 3 GIORNI

Arrivo il _____ pranzo cena Partenza il _____ 1° colazione pranzo

PARTECIPANTI * *Gli infant fino a trentasei mesi non vanno conteggiati* NR _____ di cui:

Adulti _____ Autisti _____ Bambini (fino a 10 anni non compiuti) _____ + (*Infant _____ in camera _____)

CAMERE RICHIESTE

Singole _____ Doppie _____ Matrimoniali _____ Triple _____

Matrimoniali + 1 letto _____ Quadruple _____ Matrimoniali + 2 letti _____ = TOTALE _____

Presenza di persone con disabilità in carrozzina

NO SI Dimensioni carrozzina _____ Camera occupata _____

PERIODO INFERIORE A 3 GIORNI

Arrivo il _____ pranzo cena Partenza il _____ 1° colazione pranzo

PARTECIPANTI * *Gli infant fino a trentasei mesi non vanno conteggiati* NR _____ di cui:

Adulti _____ Autisti _____ Bambini (fino a 10 anni non compiuti) _____ + (Infant* _____ in camera _____)

CAMERE RICHIESTE

Singole _____ Doppie _____ Matrimoniali _____ Triple _____

Matrimoniali + 1 letto _____ Quadruple _____ Matrimoniali + 2 letti _____ = TOTALE _____

Presenza di persone con disabilità in carrozzina

NO SI Dimensioni carrozzina _____ Camera occupata _____

GRUPPI PRENOTATI _____

Data ____ / ____ / ____

Firma _____