

PROTOCOLLO
AVES
CODICE IDENTIFICATIVO

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

Gruppo _____ 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 (_____)

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

PERIODO STANDARD: Arrivo il **29 ottobre** con cena Partenza il **1° novembre** 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 _____ 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 _____ = 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 _____ 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 _____ = TOT camere _____

Presenza di persone con disabilità in carrozzina :

NO SI Dimensioni carrozzina _____ Camera occupata _____

Data _____ / _____ / _____ Firma _____