



MODULO DI PRENOTAZIONE BOX

NOME _____ COGNOME _____

TEL _____ CELL. _____ E-MAIL _____

TEAM _____ EQUIPAGGIO/I _____

Si chiede di prenotare:

Nr. _____ box (consegna Box Sabato 16/11/2019 dalle ore 08.30 alle ore 18.00 presso ingresso paddock)
Ogni singolo box misura mq 80 con una larghezza massima di m 3,90 ed una lunghezza di m 20,65 altezza m 2,70, inoltre i box sono modulari e con la possibilità di essere un unico ambiente.

Costo cad. € 732,00- IVA compresa.

N.B. Lo spazio disponibile per i mezzi assistenza è solo quello di fronte al proprio box negli spazi prestabiliti
(VIETATO L'INGRESSO ALLE AUTO STRADALI)

Si richiede fattura intestata a:

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

PARTITA IVA _____ CODICE FISCALE _____

CODICE UNIVOCO _____ PEC _____

TEL _____ CELL. _____ E-MAIL _____

L'importo relativo al costo per il nolo del box che ammonta ad euro _____ **dev'essere saldato per intero** entro e non oltre 10 giorni prima della gara con bonifico bancario intestato a:

VEDOVATI CORSE ALBINO

BANCO DESIO -AG. ALBINO (BG)

IBAN IT11B034405248000000129100

Causale: box 4° Special Rally Circuit **(nominativo equipaggio/i)** _____

Il sottoscritto dichiara:

1. di aver preso visione e di accettare il regolamento dell'Autodromo e di farsi carico del rispetto dello stesso anche da parte di tutto il personale a seguito;
2. di assumersi la responsabilità di qualsiasi danno provocato a persone e/o impianti;
3. di osservare le regole e i divieti vigenti nell'area dell'Autodromo e di rispettare le norme relative alla circolazione stradale;
4. E' ASSOLUTAMENTE VIETATO l'ingresso in Pit-Line di qualsiasi persona (il divieto vale anche a tutto il personale a seguito dell'assistenza) durante l'intero svolgimento della gara; sarà cura del responsabile del box impedire l'accesso in Pit-Line;
5. la riconsegna delle chiavi del box deve avvenire domenica entro le ore 19.00 presso la direzione gara;
6. di restituire il presente modulo compilato e firmato via mail vedovaticorse@gmail.com, unitamente allegando la distinta di avvenuto pagamento.

Luogo e data _____ Firma del cliente _____