

**MODULO**

**SERVIZIO TRANSFER**

**FORNITORE SERVIZIO TRANSFER**

NOME AZIENDA TRASPORTI

**DESCRIZIONE SERVIZIO**

NOME AUTISTA

DATA SERVIZIO

SERVIZIO/TRATTA

NOMINATIVO/I PAX

COSTO SERVIZIO



**ISTRUZIONI FATTURAZIONE SERVIZIO**

AZIENDA

CENTRO DI COSTO

COMMESSA

RICHIEDENTE

COSTO SERVIZIO



**FIRME CONTROLLO PRENOTAZIONE / ESECUZIONE SERVIZIO**

 AZIENDA CLIENTE

 Firma Autista Firma Richiedente/Responsabile

*………………………………………… …………………………………………*