



SCHEDA DI CONFERMA PRENOTAZIONE SCUOLE

Da rispedire compilata (dopo la prenotazione telefonica allo 0544 36136):

oppure via MAIL: info@parcoarcheologicodiclasse.it

Prenotazione per il/...../..... ora/.....

Istituto Comprensivo:.....Plesso.....Classe.....

Indirizzo scuolaCittà.....

Cap Prov Tel:Fax

e-mail.....Referente:

Tramite Agenzia Viaggi: **No** **Sì**

Nome agenzia:

N° alunni partecipanti N° accompagnatori (omaggio):.....

Totale paganti

Antico Porto di Classe
Via Marabina 7 – Classe (Ra)
tel. 0544 – 478100

VISITA GUIDATA: Alla scoperta dell'Antico Porto (durata 1 ora) 4 € cad.

PERCORSO ARKEOLAB (visita guidata + laboratorio – durata 2 ore) 7,00 € cad.

- **Selezionare la modalità di pagamento:** I biglietti si ritirano il giorno della visita presso la biglietteria

Mediante contante, bancomat o carta di credito (American Express e Postepay esclusi) direttamente in biglietteria al momento dell'arrivo.

Mediante bonifico bancario presso la **BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA**

INTESTATO A: Fondazione Parco Archeologico di Classe

CAUSALE: indicare il nome scuola o agenzia viaggi, data della visita e luogo svolgimento del laboratorio/visita

IBAN: IT28 S 05387 13120 000 000 020 109

BIC: BPMOIT22XXX (commissioni a carico dell'ordinante) per bonifici dall'estero
Per avere fatturazione (aggiungere € 2,00 per marca da bollo): Intestatario

Dati fatturazione:

.....
P. IVA/Codice Fiscale:

.....
Per fatturazione elettronica scuole codice CIG:

.....
Indirizzo e-mail al quale inviare la fattura.....

pagamento anticipato

Il giorno della visita sarà richiesta la documentazione bancaria relativa all'avvenuto bonifico.

pagamento posticipato

Il giorno della visita sarà richiesta la documentazione relativa alla conferma della prenotazione.

*Per informazioni o modifiche alla prenotazione si prega di avvisare telefonicamente o via mail ai contatti riportati in alto. In caso di **annullamento di prenotazione** si prega di contattare la biglietteria entro e non oltre i tre giorni precedenti la visita. In caso di mancata disdetta verrà richiesto il pagamento dei servizi concordati.*

FIRMA (Referente del gruppo)

I dati riportati in questo modulo saranno utilizzati solo a fine e non ceduti a terzi, in ottemperanza all' Art. 13 Dlgs n. 196/2003 sulla privacy e tutela del trattamento dei dati personali.

DA COMPILARE IL GIORNO PREVISTO PER L'ATTIVITA'

n° partecipanti effettivi paganti:

n° partecipanti effettivi omaggio:

Firma dell'operatore.....

Firma dell'insegnante.....