

Spett.le:

IC Medicina
Via Gramsci 2/A
Medicina Bo

Referente: Elena Astore

2B-4020
2H-4023



ATLANTIDE Soc. Coop. Sociale p.a.
Via Levico, 4D - 48015 Cervia (RA)
Tel. 0544/965806 Fax 0544/965800
Partita IVA 01134730397

Data ora Inizio : 17/10/2023 9.30

Data ora Fine : 17/10/2023 16.30

N° Classi: 2

N° Partecipanti: 50

Importo totale: € 688,00

Ritrovo presso Idro Ecomuseo alle ore 9.30

Idro Ecomuseo delle Acque di Ridracoli

Ecomuseo delle Acque di Ridracoli

47021 Borgo di Ridracoli Bagno di Romagna

Tel. 0543 917912

ladigadiridracoli@atlantide.net

www.ecomuseoridracoli.it

Centro di costo: G13D/16

Percorso personalizzato

N° Classi: 2

N° Partecipanti: 50

Durata: 1

Biglietto	Prezzo	Quant.	Tot. Riga
Intero scuole	€ 16,00	40	€ 640,00
Diversamente abile	€ 0,00	2	€ 0,00
Insegnante	€ 0,00	5	€ 0,00
Totale attività:			688,00

Modalità di Pagamento

(barrare la modalità di pagamento prescelta)



Pagamento in contanti al momento della visita con rilascio di scontrino fiscale
(su richiesta con indicazione di C.F./P.IVA)



Bonifico bancario a seguito della visita su coordinate indicate in fattura



Bonifico bancario anticipato su coordinate indicate in fattura (per agenzie e privati)

DATI CLIENTE (campo obbligatorio: nel caso di fattura e fattura elettronica dati della scuola, nel caso di pagamento in contanti dati insegnante)

Ragione soc. o Nome Cognome :

IST. COMP. MEDICINA

Partita IVA e/o C.F.:

80041240344

Indirizzo Completo:

VIA GRAMSCI 2/A - 40059 MEDICINA (BO)

Tel/Cell:

051/6940595

Fax:

/

E-Mail:

BOIC867005@ISTRUZIONE.IT

C.I.G.:

Codice Univoco:

VFS0AF

PEC:

2803CB40E2
Per Atlantide

Per Accettazione
(timbro e firma)

CUP I 71 D23 0000 90001

BOIC867005 - A1D9E06 - Registro Provinciale I.C. di MEDICINA - 0009106 - 04/10/2023 - I - U

PRESTAZIONE CONSENSO DELL'ART. 7, REGOLAMENTO UE 2016/679:

Il sottoscritto/a CASTELLANA PAOLO nato/a PALERMO il 12/4/1959

con la presente, dichiara di aver preso visione dell'informativa estesa presente nel sito www.atlantide.net/privacy, da codesta spett.le società Atlantide Soc. Coop. Sociale p.a., e letto attentamente l'informativa di cui all'art. 13, Regolamento U.E. 2016/679, relativamente al trattamento dei dati personali ed esprime il consenso all'esecuzione di tale trattamento, nonché alla comunicazione dei dati medesimi limitatamente a quanto indicato nell'informativa stessa, per le seguenti finalità:

1. istaurazione e/o prosecuzione del rapporto commerciale

☒ accetto

☐ non accetto

2. finalità pubblicitaria e promo-commerciale esclusiva di Atlantide

☐ accetto

☒ non accetto

Data _____ Firma per accettazione e presa visione _____

Parte riservata all'amministrazione di Atlantide :

Pratica inviata al cliente il: _____ confermata il: _____

Verifica dati: N. classi _____ N. paganti _____ N. disabili _____ N. insegnanti _____ N. accompagnatori _____

Firma insegnante / capogruppo _____ Firma operatore _____

PAGAMENTO _____

Note per l'amministrazione _____

BOIC867005 - A1D9E06 - Registro Protocollo I.C. di MEDICINA - 0009106 - 04/10/2023 - I - U