

RICHIESTA CONCESSIONE USO LOCALI CINEMA TEATRO SAN LORENZO MARTIRE  
GIAVENO VIA OSPEDALE 8 - 0119375923 mattino ,oppure 3386926438 Damiano  
<http://www.cinematroatrosanlorenzo.it> - [cinematroatrosanlorenzo@gmail.com](mailto:cinematroatrosanlorenzo@gmail.com)  
**PARROCCHIA SAN LORENZO MARTIRE VIA OSPEDALE 2 -10094 GIAVENO (TO)**  
**P.IVA 06106270017 CF 98501400018- IBAN IT 38 P0200830520 000004625628.**

ORGANIZZATORE .....

INDIRIZZO.....

CF o IVA.....

RECAPITI TELEFONICI..... FAX.....

DATA..... ORA SPETTACOLO.....

APERTURA TEATRO.....

TITOLO .....

TIPOLOGIA EVENTO : TEATRO .....; DANZA .....; CONCERTO ..... ;  
ALTRO..... .

DATI PER LA FATTURAZIONE SE DIVERSI DALL'ORGANIZZATORE.

INTESTAZIONE .....

INDIRIZZO.....

C.F. .... P. IVA .....

ORARIO LAVORO (8.30 -13.30 / 14.30 - 1.00 comprese operazioni di allestimento e smontaggio)

RICHIESTA PER ALTRO ORARIO .....

PREZZO SALA INTERO PERIODO IN CONCESSIONE **euro 400,00 + IVA 22%**

PRESTAZIONI COMPRESSE NEL PREZZO SALA:

APERTURA E CHIUSURA TEATRO ,comprese le prove nelle date antecedenti l'evento.

ALLACCIO FORNITURA ELETTRICA.

SONO DISPONIBILI APPARECCHIATURE PER L'AUDIO E L'ILLUMINAZIONE IL CUI NOLEGGIO FARA' PARTE DI ACCORDO SEPARATO.

**(\*\*) Nel caso in cui lo spettacolo venisse annullato dopo aver usufruito dei locali per le prove, dovrà essere comunque corrisposto il 50% +IVA dell'importo totale indicato.**

Tutti i prezzi si intendono IVA esclusa

.....Li ..... IL RICHIEDENTE .....

(Firma e timbro)

PER IL CINEMA TEATRO SAN LORENZO PER ACCETTAZIONE

.....

(\* ) Segue regolamento per l'uso della struttura.