

**ORDINE DI SERVIZIO VALLETTI**  
**VIA FAX AL N. 06 25496195**

**DATA SERVIZIO** \_\_\_\_\_

**AGENZIA** \_\_\_\_\_

**NOME SALMA** \_\_\_\_\_

**PRESENZA**    OSP.    C.CURA/CLIN.    PRIVATO   **ORE** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_

**CHIESA** \_\_\_\_\_ **ORE** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_

VALLETTI N. 1 2 3 4 5

**RESP. SERVIZIO**

**TUMULAZIONE**  **CIMIT.** \_\_\_\_\_

VALLETTI N. 1 2 3 4 5

**NOTE PER TUMULAZIONE:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PIANO ABIT.**

**FUORI MISURA**

**ALLESTIMENTO**

**P/CASSA**

**OPZIONI INCLUSE A SCELTA DEL COMMISSIONARIO:**

**CAMICIA:**    **BIANCA**    **CELESTE**    **GUANTI**

**CRAVATTA:**    **BLU**    **BLU CON RIGHE**    **PERS. AGENZIA**

**TIMBRO E FIRMA AGENZIA**