



COORDINAMENTO NAZIONALE ESATTORIALI
VIA TEVERE, 46 – 00198 ROMA – TEL.06/8415751 – FAX 06/8552275

SPETT.LI
*SINDACATI AUTONOMI BANCARI
F.A.B.I.*

LORO SEDI

Roma, 8 ottobre 2004

**CONVOCAZIONE DIRETTIVO
DEL COORDINAMENTO ESATTORIALI
SISTEMAZIONE LOGISTICA**

In riferimento alla nostra precedente comunicazione del 6 ottobre 2004, informiamo tutte le strutture che la riunione in oggetto si svolgerà presso la struttura dell'Hotel HOLIDAY INN – Viale Vespucci, 16 - RIMINI (telefono 0541-52255).

L'inizio dei lavori è previsto:

- ✓ alle ore 9.30 di giovedì 28 ottobre 2004, con conclusione nel primo pomeriggio dello stesso giorno.

Il costo giornaliero in Hotel (pernottamento, prima colazione, pranzo, cena e coffee break) è pari ad Euro 115,00 a persona in camera Doppia Uso Singola e ad Euro 110,00 a persona in camera Doppia.

PROCEDURA DI PAGAMENTO

I SAB che inviano la prenotazione devono procedere al versamento anticipato di Euro 115,00 (camera Doppia Uso Singola) ovvero di Euro 110,00 (camera Doppia) per partecipante, specificando il nominativo ed il SAB di appartenenza, al seguente recapito bancario:

IRTUR SRL
presso Banca della Campania – Filiale di Castellammare di Stabia
c/c 55748 - ABI 05392 – CAB 22100 – CIN E

Copia del versamento suddetto va quindi inviata alla GIALPI TRAVEL al numero di fax 081-8726628 che provvederà alla sistemazione alberghiera e successivamente invierà ad ogni SAB la regolare fattura del soggiorno.

Eseguito il pagamento, ogni SAB provvederà a compilare il **MODELLO DI ADESIONE**, che trovate in allegato, e quindi lo invierà alla Federazione Nazionale (fax 06-8559220) **entro e non oltre il 15 ottobre 2004**.

Per ogni ulteriore chiarimento preghiamo voler contattare il sig. Bruno Pastorelli sempre reperibile al 335/1403728.

Cordiali saluti.

IL COORDINATORE
Bruno Pastorelli

Allegato: MODULO DI ADESIONE

SINDACATO AUTONOMO BANCARI di _____

**MODULO DI ADESIONE
“COORDINAMENTO NAZIONALE ESATTORIALI ”**

RIMINI - 28 OTTOBRE 2004

da ritornare tassativamente alla Segreteria Nazionale entro il **15.10.2004**

Lo scrivente SAB comunica la prenotazione del nominativo impegnato nella riunione di cui sopra.

Cognome e nome	Carica Sindacale	Concessione di appartenenza	Camera		Recapito telefonico
			DUS	DOP	
1.					
2.					
3.					

N.B.: indicare con una crocetta il tipo di camera prescelta.

LA SEGRETERIA PROVINCIALE

_____, li _____