



MODULO D'ORDINE CORPORATE MOVIE VOUCHER

per gli iscritti all'Associazione Club Medici

Nome Richiedente _____

Indirizzo _____

E-mail _____

Telefono _____

Fax _____

Città _____

Prov. _____

C.A.P. _____

*Partita I.V.A./Codice univoco o Codice Fiscale _____

Quantità Voucher:

(Minimo 10 voucher)

☐ Voucher solo ingresso da 6,40 euro _____

☐ Voucher ingresso + menù da 11,40 euro _____

Totale Ordine _____ Euro

Modalità di Consegna:

☐ Invio Voucher digitali per E-mail

Modalità di Pagamento:

☐ Anticipato tramite bonifico sul c/c bancario intestato : a The Space Cinema 1 S.p.A.
IBAN IT17 Y030 6909 4001 0000 0110 227 Banca INTESA SAN PAOLO
SpA

Data _____

Firma _____

Da trasmettere a: voucher@thespacecinema.it