

VERIFICA OMOLOGAZIONE PALESTRA

Società _____

Referente Sig./ra _____

Telefono _____

Giorno disponibilità (mettere una o più crocette)

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato
- Domenica

Fascia oraria:

- --
- --
- 17.00 – 18.00
- 18.00 – 19.00
- 19.00 – 20.00
- 20.00 – 21.00
- 21.00 – 22.00