



**AFFITTACAMERE**  
**TABELLA PREZZI - ANNO 20**

<b>Denominazione dell'esercizio</b>			
<b>Gestore</b>			
<b>Indirizzo completo</b>	Via		
	Comune	CAP	mail
	Pec	Telefono	Cellulare fax

**PREZZI MINIMI E MASSIMI**

giornalieri comprensivi di: pulizia locali e cambio biancheria ad ogni cambio del cliente e almeno due volte alla settimana; fornitura energia elettrica, acqua, riscaldamento e aria condizionata ove esistente, IVA e imposte, uso dei servizi e dei bagni comuni, uso degli accessori esistenti nelle camere e nei bagni.

Camera singola					Camera doppia			
Senza bagno completo		Con bagno completo			Senza bagno completo		Con bagno completo	
Min	Max	Min	Max		Min	Max	Min	Max
				<b>Bassa stagione</b>				
				<b>Alta stagione o unica</b>				

Visto dell'Autorità competente
--------------------------------

Camera tripla			
Senza bagno completo		Con bagno completo	
Min	Max	Min	Max

**Bassa stagione**

**Alta stagione o unica**

Camera quadrupla			
Senza bagno completo		Con bagno completo	
Min	Max	Min	Max

Pensione completa (escluse bevande) per persona e per giorno			
Senza bagno completo		Con bagno completo	
Min	Max	Min	Max

**Bassa stagione**

**Alta stagione o unica**

½ Pensione (escluse bevande) per persona e per giorno			
Senza bagno completo		Con bagno completo	
Min	Max	Min	Max

**Prima colazione:**  non fornita ;  fornita e compresa nel prezzo del riquadro precedente

(fornita e non compresa nel prezzo del riquadro precedente) \_\_\_\_\_,00

**Supplemento uso cucina** \_\_\_\_\_,00

**Supplemento servizio in camera** \_\_\_\_\_,00

**Supplemento letto aggiunto** (nei locali ove sia consentito dalle **autorizzazioni di legge**) min € \_\_\_\_\_  
max € \_\_\_\_\_

**Periodo di alta stagione dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

Visto dell'Autorità competente

## PREZZO MINIMO E MASSIMO DI CIASCUNA CAMERA

Piano	Camera n.	N. letti (1)	Bagno	Riscaldamento	Aria condizionata	Telefono	Televisione	PREZZI MINIMI GIORNALIERI (IN EURO)	PREZZI MASSIMI GIORNALIERI (IN EURO)
								,00	,00
								,00	,00
								,00	,00
								,00	,00
								,00	,00
								,00	,00

(1) Il supplemento applicabile per il letto aggiunto a richiesta del cliente è riportato nello specifico riquadro.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

DICHIARA

ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, che le notizie di cui sopra sono state trasmesse alla Regione Molise in osservanza alle disposizioni delle leggi vigenti.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del titolare o del gestore \_\_\_\_\_

Visto dell'Autorità competente

**Firma digitale o autografa. In caso di firma autografa allegare documento di riconoscimento in corso di validità.**