

Spettabile
CIRCOLO DIPENDENTI BPER
Via Aristotele, 195 Modena

Oggetto: proposta di convenzione

Il Sottoscritto ROLOU S. MALSA in qualità di RESPONSABILE DELL'AMBITO DI MEDICINA
con sede in VARESE, V. C. MARRONE 2 cod.fisc./p.IVA 00544980121 recapito telefonico:
0332/1880707 mail simonmala@gruppoebccaria.it sito internet www.eurodeccaria.it

eventuale nominativo referente per la convenzione: ROLOU ALESSANDRA

Premesso

- che intende offrire ai soci del **CIRCOLO DIPENDENTI BPER** condizioni di favore al fine di ampliare la propria clientela;
- che le informazioni di cui alla presente rispondono al vero;
- che vi è la possibilità per il **CIRCOLO DIPENDENTI BPER** di verificare la congruità e convenienza effettiva della convenzione.
- che il **CIRCOLO DIPENDENTI BPER** si impegna a mettere in evidenza la presente convenzione e a pubblicizzarla presso i propri Iscritti al Circolo Dipendenti attraverso il sito internet nonché attraverso altri strumenti di comunicazione eventualmente utilizzati.

Chiede

di essere inserito nell'elenco dei Convenzionati con il **CIRCOLO DIPENDENTI BPER** e si impegna a riconoscere ai soci **CIRCOLO DIPENDENTI BPER ED AI LORO FAMILIARI**, dietro presentazione della tessera di appartenenza o di eventuali altri documenti identificativi, le seguenti agevolazioni (indicare sconto/agevolazione):

RIDUZIONE DEL PREZZO SU VISITE MEDICO SPORTIVE
PRECISAMENTE AGGIUNTE OVER 40 / UNDER 40 / NON AGGIUNTE
NONCHE' Prezzo Pubblico: € 95,00 / € 75,00 / € 65,00
Prezzo convenzionato: € 85,00 / € 65,00 / € 60,00

La durata della convenzione è da intendersi: ☐ FINO A REVOCA ☒ FINO AL 31-08-21

Accetta sin d'ora

- che i dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 riportati nella presente domanda di convenzione siano oggetto di trattamento per finalità associative, divulgative, di consultazione e diffusione, riconoscendo che il conferimento dell'autorizzazione al trattamento dei dati richiesti è indispensabile per l'accettazione della presente richiesta e che, con la firma della presente, esprime il consenso al trattamento per le finalità previste;
- che il CIRCOLO DIPENDENTI BPER possa recedere dall'accordo in qualsiasi momento, con comunicazione scritta,

Luogo e data

VARESE, 31/07/2016

Timbro e firma

S. MALSA
Amb. di Medicina Sportiva Beccaria
Centro Polispecialistico Beccaria Srl
Via Calogero Marrone, 2 - 21100 Varese
C.F.P.IVA 00544980121
Mail: medicinasportiva@gruppoebccaria.it

Per accettazione CIRCOLO DIPENDENTI BPER:

Luogo e data VARESE, 5/08/2016

CIRCOLO DIPENDENTI BPER
DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE
IL RESPONSABILE