

Spettabile

CIRCOLO DIPENDENTI BPER

Via Aristotele, 195 Modena

Oggetto: proposta di convenzione

Il Sottoscritto Nicola Simonini in qualità di TITOLARE della DITTA RESPONSABILE DELL'ATTIVITA'
con sede in via C. Matteotti, 2 VA cod. fisc. / p. IVA 0054480121 recapito telefonico:
0339/1880100 mail simonini.nicola@gruppo.beccaria.it sito internet www.chiobeccaria.it
eventuale nominativo referente per la convenzione: MOLLO 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 FAMIGLIARI**, dietro presentazione della tessera di appartenenza o di eventuali altri documenti identificativi, le seguenti agevolazioni (indicare sconto/agevolazione):

RIDUZIONE DEL PREZZO SU VISITE MEDICHE SPORTIVE

PRECISAMENTE AGONISTICA DRELO 40 / JUMPER 40 / NON AGONISTICA

NONCHE' Prezzo Privato € 95 / € 75 / € 47

Prezzo Convenzionato € 85 / € 65 / € 40

La durata della convenzione è da intendersi: ☐ FINO A REVOCA ☒ FINO AL 31-08-26

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 18/08/25

Timbro e firma

Centro Polisportivo Beccaria
Via Caviglioglio Marrone, 2 - 21100 Varese
C.F./P.IVA 0054480121
Mail: medicina sportiva@gruppo.beccaria.it

Per accettazione CIRCOLO DIPENDENTI BPER:

Luogo e data VARESE, 25/08/2025

CIRCOLO DIPENDENTI BPER
DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE
IL RESPONSABILE