



Socio CIRCOLO proponente:

MALACOMA GIORGIO

Spettabile

CIRCOLO DIPENDENTI BPER

Via Aristotele, 195 Modena

Oggetto: proposta di convenzione

Il Sottoscritto **FRANCESCA ROBERTI** in qualità di TITOLARE della DITTA **CENTRO MEDICO VET. S.R.L.**
con sede in **VENEGONO INF.** cod.fisc./p.IVA **04058030125** recapito telefonico:
..... mail sito internet
email: walter@cmv-tradate.it
eventuale nominativo referente per la convenzione:

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 **5% TERAPIE (NO CONFEZIONI INTEGRE)**
PRECISAMENTE **10% CHIRURGIA - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
NONCHE' **VACONAZIONI - NECROPSI**
15% VISITE CLINICHE - PROFILI EMATOCHIMICA
IN AMBULATORIO

La durata della convenzione è da intendersi: ☒ FINO A REVOCA ☐ FINO AL

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

VENEGONO INF 10/06/25

Timbro e firma

CENTRO MEDICO VETERINARIO S.R.L.
Via L. Da Vinci, 47B
21040 VENEGONO INFERIORE (VA)
Partita IVA 04058030125
Dir. Sanitario: Dott.ssa Roberti Francesca
Ordine VA/374

Per accettazione CIRCOLO DIPENDENTI BPER:

Luogo e data **VARESE, 16/06/2021**

CIRCOLO DIPENDENTI BPER
DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE
IL RESPONSABILE