

Spettabile  
**CIRCOLO DIPENDENTI BPER**  
Via Aristotele, 195 Modena

**Oggetto: proposta di convenzione**

Il Sottoscritto ORLANDI GABRIELE in qualità di TITOLARE della DITTA POLIMEDICA VALGAMMA  
con sede in VARESE cod.fisc./p.IVA 07555600969 recapito telefonico:  
0332/289170 mail INFO@POLIMEDICA sito internet WWW.POLIMEDICAVALGAMMA.IT  
VALGAMMA.IT  
eventuale nominativo referente per la convenzione: ORLANDI GIOVANNI

**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** .....

**PRECISAMENTE** SCONTO DEL 10% .....

**NONCHE'** .....

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.

**Polimedica Valganna SRL**

Viale Valganna, 34 - 21100 VARESE

**Luogo e data** Varese, 22/12/2025 **Tel.** 0332/289170

**Cod. Fisc. - Part. IVA** 07555600969

**Direttore Sanitario:** Dr. Orlandi Giovanni

Giovanni Orlandi

**Per accettazione CIRCOLO DIPENDENTI BPER:**

**Luogo e data** VARESE, 12/01/2026

**CIRCOLO DIPENDENTI BPER**

**DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE**

**IL RESPONSABILE**