

Spettabile

**CIRCOLO DIPENDENTI BPER**

Via Aristotele, 195 Modena

**Oggetto: proposta di convenzione**

Il Sottoscritto DOTT.SSA SARA TOSI in qualità di TITOLARE della DITTA SAN CARLO ISTITUTO CLINICO S.R.L.  
con sede in BUSTO ARSIZIO cod.fisc./p.IVA 03192740128 recapito telefonico:  
0331 685065 mail info@sancarloistitutoclinico.it sito internet WWW.SANCARLOISTITUTOCLINICO.IT

eventuale nominativo referente per la convenzione: DANIELA MOSCARDI

**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** 10% su visite specialistiche ed esami diagnostici, 5% su interventi chirurgici, 5% su prestazioni odontoiatriche

**PRECISAMENTE** Tale scontistica verrà applicata sulle tariffe presenti nel listino privato, e non su promozioni o tariffe già scontate

**NONCHE'** per prestazioni erogate da Medici Specialisti che sono convenzionati con fondi assicurativi o aziende per cui sono accordate scontistiche in favore dei loro dipendenti o associati

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** Busto Arsizio, 8.01.2025

**Timbro e firma**

  
**SAN CARLO  
ISTITUTO CLINICO**  
SEMPRE E CON LA CURA DEL BENE

**Per accettazione CIRCOLO DIPENDENTI BPER:**

**Luogo e data** VARESE, 10/01/2025

  
**CIRCOLO DIPENDENTI BPER  
DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE  
IL RESPONSABILE**