

Spettabile

CIRCOLO DIPENDENTI BPER

Via Aristotele, 195 Modena

Oggetto: proposta di convenzione

Il Sottoscritto **SABINA COPES** in qualità di **AMMINISTRATORE DELEGATO** della DITTA **CASA DI CURA PRIVATA LE TERRAZZE - POLICLINICO VA RESE**
con sede in **VIA PENALIE D'ORO 13/15/17** cod.fisc./p.IVA **01994660177** recapito telefonico: **0332 1546211** mail **VA RESE** sito internet **WWW.CLINICALETERRAZZE.COM**
eventuale nominativo referente per la convenzione: **BARBARA LUTTI**

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 ESAMI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICI

PRECISAMENTE S. VEDA LUTTI DEDICATO ALLEGATO

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.

Luogo e data

VA RESE, 06/05/2026

Timbro e firma

"CASA DI CURA LE TERRAZZE" S.R.L.
Amministratore Delegato
SABINA COPES

Per accettazione **CIRCOLO DIPENDENTI BPER:**

CIRCOLO DIPENDENTI BPER

DELEGAZIONE TERRITORIALE DI VARESE

IL RESPONSABILE

Luogo e data

VA RESE, 23/05/2026

**CONDIZIONI ECONOMICHE
RICOVERO RIABILITATIVO SOLVENTE
per
CIRCOLO DIPENDENTI BPER BANCA**

TARIFFA GIORNALIERA

- Paziente con medio livello assistenziale **290 € anziché 350 €** (compreso iva 10%)

La tariffa giornaliera indicata comprende il trattamento alberghiero, l'assistenza medica ed infermieristica, i farmaci, gli esami di laboratorio ed ECG effettuati all'ingresso.

Sono esclusi dalla tariffa, e pertanto fatturati a consuntivo al termine del periodo di ricovero, eventuali:

- Programma riabilitativo
- Indagini diagnostiche
- Esami di laboratorio
- Approfondimenti clinici
- Supplementi nutrizione enterale /parenterale
- Medicazioni avanzate
- Varie non riconducibili alla tariffa giornaliera

PROGRAMMA RIABILITATIVO

Trattamento : 40 € anziché 50 € a seduta (compreso iva 10%). Generalmente si effettuano 2 sedute al giorno dal lunedì al venerdì e 1 al sabato.

FATTURAZIONE

- acconto di 10 giorni (sulla retta di degenza) all'accettazione;
- pagamento ogni 10 giorni (con la precisazione che l'omesso o ritardato versamento anche di 1 sola tranche determina l'automatica risoluzione del rapporto di ospitalità e il conseguente obbligo del paziente ricoverato di liberare immediatamente la stanza e la struttura riabilitativa);
- saldo di tutti gli eventuali accertamenti e trattamenti riabilitativi il giorno della dimissione.

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Assegno bancario
- Carta di Credito
- Bancomat
- Bonifico Bancario Anticipato (con invio copia contabile di avvenuto pagamento):
IBAN IT 66X0569650420000020420X86

Si ricorda che l'accettazione del ricovero è subordinata ad una valutazione medica.

Recapiti:

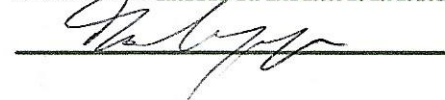
Dott.ssa Marta Dionigi

tel. 0332.992508

e-mail: qualita@clinicaleterrazze.com

Data :21/05/2024

Per accettazione **CIRCOLO DIPENDENTI BPER BANCA**



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