

ACCESSO CONVENZIONE CENTRO DI MEDICINA

Con la presente la Società Sportiva dichiara che
il Sig. Cognome _____ Nome _____
nato il _____ a _____
Residente a _____ (____), in Via _____ n _____
risulta essere iscritto/socio per la stagione in corso.
Pertanto esibendo la presente potrà usufruire delle agevolazioni concordate tra la
scrivente ed il Centro di medicina come da Convenzione sottoscritta in data 01/10/2019
e con scadenza il 30/09/2020.

Data _____

Timbro e Firma Società Sportiva

A.D. Pallanuoto Mestreina
Codice F.I.P. 035229

Via Fratelli Cairoli, 12 - 30174 Mestre VE
C.F. 90040310279 P.I. 02798590275

La Società ha stipulato con il Centro di medicina una convenzione
che prevede, oltre alla visita per **l'idoneità sportiva a prezzo agevolato**,
una scontistica sulle seguenti prestazioni mediche:

sconto 10%

VISITE SPECIALISTICHE

Medici convenzionati



sconto 15%

FISIOTERAPIA

Terapisti pool sportivo



sconto 15%

RADIOLOGIA

Risonanza, TAC, RX



sconto 15%

LABORATORIO ANALISI

