



POLIAMBULATORIO
DALLA ROSA PRATI
Centro Diagnostico Europeo

MODULO PER IL DIPENDENTE DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

CONVENZIONE AVIS

A3-POI 01

Ed. 1

Rev. 0

Del 29/07/2010

Io sottoscritto _____ nato il _____
a _____ tel. _____
residente in Via / Str. _____ a _____
dichiaro di essere socio di _____ con
sede a _____ tel. _____

dichiaro

di essere a conoscenza delle modalità con cui accedere alla Convenzione in essere tra la mia Associazione e il Poliambulatorio Dalla Rosa Prati.

Data _____

In fede _____

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI VENGA INVIATO UN PARENTE STRETTO O UN CONVIVENTE DEL SOCIO)

Dichiaro inoltre che il Sig./Sig.ra _____
residente in Via _____ a _____
è un

- mio parente
- mio convivente

tipo di parentela _____, per questo motivo può usufruire della Convenzione in essere.

Data _____

Firma del Parente/Convivente _____