



PacC

Poliambulatorio
Città di Collecchio

Convenzione AVIS / PacC

**(DA COMPILARE NEL CASO IN CUI UN FAMILIARE DEL DONATORE
ENTRO IL PRIMO GRADO DI PARENTELA RICHIEDA PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA
E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI O PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA)**

Io sottoscritto _____ nato il _____
a _____ tel. _____
residente in Via / Str. _____ a _____
dichiaro di essere iscritto all'Associazione _____
con sede a _____

dichiaro

a) di essere a conoscenza delle modalità con cui accedere alla Convenzione in essere tra la mia Associazione e il PacC – Poliambulatorio Città di Collecchio.

b) che il Sig./Sig.ra _____
residente in Via _____
a _____ è un

mio familiare di primo grado

mio convivente

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

Data _____

Firma del Donatore _____

Firma del Familiare _____