



MODULO DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

Io sottoscritto/a.....nato/a il.....
a.....tel.....
residente ain via
dichiaro di essere Associato all'AVIS
con sede atel.....
e di essere a conoscenza delle modalità con cui accedere alla Convenzione in essere tra l'AVIS
Parma e il Poliambulatorio Gemini.

Data

In fede

.....

.....

**(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI VENGA INVIATO UN PARENTE
STRETTO O UN CONVIVENTE DELL'ASSOCIATO/DONATORE)**

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

.....

.....

GEMINI Medicina Specialistica S.r.l.
P.le Badalocchio S.R., · 43126 Parma · Tel. 0521.985454 7 linee r.a. · Fax 0521.983027 · e-mail: info@geminimedicina.it · www.geminimedicina.it
P.I. e C.F.: 00875150344 · R.E.A. di PR n° 151811 · Reg. Imp: PR 00875150344 · Capitale Sociale € 100.000,00 i.v.

Sistema di qualità certificato UNI EN ISO 9001:2008

