

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.

Data 01/09/2024

Timbro e Firma Società Sportiva




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 10% FISIOTERAPIA
Terapisti pool sportivo 

sconto 10% RADIOLOGIA
Risonanza, TAC, RX 

sconto 10% LABORATORIO ANALISI 

sconto 10% CHIRURGIA AMBULATORIALE 

sconto 10% ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA 

sconto 10% MEDICINA ESTETICA 