RICHIESTA CONVENZIONAMENTO CENTRO/STUDIO MEDICO

"CARTA SALUTE" BANCANAGNI

Il presente modulo va consegnato alla Filiale di appartenenza. In caso di accettazione della richiesta di convenzionamento da parte di BancAnagni, l'Istituto comunicherà via e-mail l'accoglimento della richiesta.

DATI CENTRO/STUDIO MEDICO

Denominazione: _____

☐ Studio medico ☐ Laboratorio di analisi ☐ Studio dentistico ☐ Altro: _____

Indirizzo: _____

Partita IVA: _____ Referente: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Orari di apertura: _____ Giorno di chiusura: _____

Cliente presso la Filiale di _____

DATI ANAGRAFICI PROFESSIONISTA/LEGALE RAPPRESENTANTE SOCIETÀ

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Codice fiscale: _____

ALLEGATI

Si allega alla presente richiesta di adesione alla convenzione "Carta Salute" BancAnagni, l'elenco delle prestazioni/esami oggetto di sconto e la relativa percentuale di sconto **(minimo 10%)** che sarà applicata ai titolari della "Carta Salute" in caso di pagamento effettuato con strumenti rilasciati da BancAnagni (carta di debito, carta di credito, carta prepagata, assegno bancario tratto su BancAnagni).

Si autorizza BancAnagni a pubblicizzare l'adesione alla convenzione e l'elenco delle prestazioni/esami oggetto di sconto mediante sito internet o altro mezzo ritenuto utile.
Si prende atto che l'eventuale revoca di ciascuna prestazione/esame oggetto di sconto dovrà essere comunicata con un preavviso minimo di 60 giorni, mediante lettera su carta intestata consegnata alla Filiale BancAnagni di appartenenza.

_____, _____ _____

Luogo *Data* *Timbro e firma*

Si autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche per lo svolgimento di tutte le attività necessarie per divulgare e dare esecuzione al rapporto di convenzione.

_____, _____ _____

Luogo *Data* *Timbro e firma*