

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 _____

Timbro e Firma Società Sportiva

SPORT TARGET S.R.L. S.S.D. unipersonale
sede legale: Via Ortigara 42

31033 Castelfranco Veneto (TV)

C.F. e P.IVA 04833350269

REA TV 401921 - Registro CONI 282720

mail: info@sporttarget.it • PEC: sporttarget@legalmail.it

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 convenzionali	
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	