

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

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

