

## 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

