

CONVENZIONE AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

TRA

Il POLIAMBULATORIO VITAMEDICA avente sede operativa a PAESE provincia di TREVISO in via POSTUMIA n. 153

E

La SOCIETÀ SPORTIVA _____

avente sede legale a _____ provincia di _____

in via _____ n. _____

Partita Iva _____

Telefono sede _____ Fax _____ Indirizzo _____ e-mail _____

Nome e telefono Responsabile di riferimento _____

SI CONVIENE E SI ACCORDA QUANTO SEGUE

- La Società Sportiva invierà al Poliambulatorio VitaMedica i propri tesserati per l'esecuzione delle visite mediche sportive per il rilascio del certificato medico sportivo di idoneità all'attività agonistica comunicando anticipatamente alla struttura sanitaria il nominativo degli atleti;
- Il Poliambulatorio VitaMedica accorda agli atleti che si presenteranno a nome della Società Sportiva per la visita agonistica una tariffa convenzionata di **Euro 40,00 per gli atleti Under 35**, di **Euro 50,00 per gli atleti Over 35** e di **Euro 30,00 per l'idoneità sportiva NON agonistica**
 - La visita sarà saldata direttamente dall'atleta.
 - Gli atleti potranno accedere al Servizio di Pronto Soccorso Sportivo GRATUITO previo appuntamento e disponibilità
 - Il certificato sarà trattenuto e consegnato al Responsabile della Società debitamente vidimato dall'ULSS di competenza (solo per i residenti nell'ULSS 8 e 9).

La presente convenzione avrà **scadenza il 30.06.2017** e NON si intenderà tacitamente confermata.

La compilazione e l'invio del presente modulo comporta l'autorizzazione al trattamento dei dati personali in conformità dell'art. 13 del D.lgs n.196 del 30 giugno 2003. I dati raccolti saranno utilizzati dal Poliambulatorio VitaMedica al fine di acquisire informazioni direttamente connesse alla richiesta effettuata e per effettuare registrazioni amministrative e sanitarie.

PER ACCETTAZIONE

FIRMA E TIMBRO DELLA SOCIETÀ' _____