

MODULO DI RICHIESTA CONVENZIONE

Al Presidente CRAL ASL Pescara

Via R. Paolini,8 65100 PESCARA

Oggetto: proposta di convenzione

La scrivente Ditta/Società _____ con sede
in _____ Via/Piazza _____
Telefono _____ Fax _____ E-mail _____ operante
nel settore _____ rappresentata dal
Sig. _____ Con la presente, propone a
codesto CRAL una convenzione in base alla quale si impegna a riservare ai soci di detta associazione, le
seguenti condizioni di favore: _____

Il CRAL si impegna, da parte sua, a dare comunicazione ai propri soci, dei contenuti della presente
convenzione attraverso il sito internet e/o attraverso altre eventuali iniziative approvate dal Direttivo.

Il CRAL ASL PESCARA ha il diritto di recedere unilateralmente dalla presente convenzione in qualsiasi
momento mediante semplice comunicazione alla Ditta/Società proponente

FIRMA PER APPROVAZIONE DA PARTE DELLA DITTA/SOCIETA'

x _____

I Soci del CRAL ASL PESCARA, per beneficiare delle condizioni di favore concordate, devono esibire, a richiesta
del personale della Ditta/Società proponente, il tesserino di socio.

Il trattamento dei dati è effettuato nel rispetto del D.Lgs.196 del 2003 e s.m.i. in materia di protezione dei
dati personali.

LUOGO DATA E FIRMA

x _____