

ACCESSO CONVENZIONE CENTRO DI MEDICINA

Con la presente la Società Sportiva dichiara che
il Sig. Cognome _____ Nome _____
nato il _____ a _____.

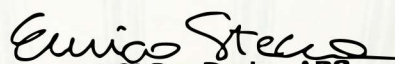
Residente a _____ (___), in Via _____ n _____
risulta essere iscritto/socio per la stagione in corso.

Pertanto esibendo la presente potrà usufruire delle agevolazioni concordate tra la
scrivente ed il Centro di medicina come da Convenzione.

Il costo della visita di idoneità sportiva è a carico della società, ad esclusione del test massimale (post-covid)

Data _____

Timbro e Firma Società Sportiva



NOI San Paolo - APS
Via Grecla 2, 31100 Treviso TV
Codice Fiscale: 94006980265

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

