

Richiesta di convenzione

SEI UNA FARMACIA O UNA STRUTTURA SANITARIA E VUOI CONVENZIONARTI CON NOI?

Se vuoi convenzionarti con FISIOSOLUTION è sufficiente compilare il modulo allegato con tutte le informazioni richieste e inviarlo al seguente indirizzo di posta elettronica.

Provvederemo a valutare la Vostra richiesta, eventualmente contattandoVi per richiedere se necessario ulteriori informazioni, e in ogni caso a risponderVi nel più breve tempo possibile.

Se l'esito di questa prima valutazione sarà positivo provvederemo a contattarVi al fine di formalizzare una convenzione tra la Vostra struttura e FISIOSOLUTION, sulla base delle reciproche specifiche esigenze.

Per qualsiasi ulteriore informazione non esitate a contattarci.

Segue il relativo modulo di adesione.

RICHIESTA DI CONVENZIONAMENTO

Ragione sociale _____

Denominazione _____

Sede Legale _____

Partita Iva _____

Rappresentante legale _____

Sede o sedi operative

Telefono _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica _____

Persona da contattare _____

Tipologia di struttura (Poliambulatorio, Casa di cura, etc.)

Attività autorizzate

Altre informazioni

Consenso al trattamento dei dati personali

La scrivente Società, in relazione agli articoli 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003 recanti disposizioni a tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, informa che per l'instaurazione e l'esecuzione dei rapporti contrattuali e di collaborazione con Voi è in possesso di Vs. dati, qualificati dalla legge come dati personali e/o sensibili e/o giudiziari, che ha acquisito direttamente o tramite terzi.

Per accettazione _____