CircoloDopolavoroSanità Terni

Sito: www.cdsterni.com e-mail: cdsterni2017@gmail.com
Facebook: Circolo Dopolavoro Sanita TERNI

MODULO RICHIESTA DI CONVENZIONE

La scrivente azienda/società/esercizio commerciale:

(*denominazione attività*) _____

Operante nel settore:

(*indicare settore o categoria di servizi*) _____

Con sede in:

Via/Piazza_____cap_____città_____

prov._____telefono_____

e-mail _____@_____

sito_____

Rappresentata da:

(*nome*)_____(*cognome*)_____

In qualità di (Gestore, Titolare, Legale Rappresentante, Responsabile vendite, ecc…):

_____

CHIEDE

di essere inserita nell'elenco degli esercizi convenzionati con il Circolo Dopolavoro Sanità Terni e si impegna ad effettuare le seguenti convenzioni riservate ai soci dipendenti (dietro presentazione del badge UslUmbria2 e Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni) e soci simpatizzanti (dietro presentazione di ricevuta cartacea del pagamento annuale):

Sconto del _____%

Su (*Specificare le tipologie di servizi-trattamenti-prodotti*)**:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Eventuali limitazioni:

_____

_____

_____

_____

Durata convenzione d*al*_____ *al*_____

Con la sottoscrizione del presente modulo, il titolare/legale rappresentante dichiara di essere consapevole che:

a) L'attivazione della convenzione è soggetta ad accettazione da parte del CDS Terni. Dall'avvenuta attivazione, il CDS Terni fornirà visibilità e pubblicità sia mediante l'inserimento dell'esercizio nel sito web: www.cdsterni.com alla sezione "Convenzioni".
b) La convenzione avrà durata annuale alla data di sottoscrizione e si intenderà tacitamente rinnovata salva la possibilità per l'esercizio/azienda di recedere in ogni momento dall'accordo, previa comunicazione *scritta* da parte del titolare o Legale Rappresentante con almeno **30 giorni** di preavviso. Eventuali variazioni nelle condizioni praticate rispetto alla presente proposta dovranno essere comunicate in forma *scritta* con preavviso di **30 giorni**.
c) La mancata o difforme applicazione delle condizioni riservate ai soci sarà causa di recesso immediato dalla convenzione, a giudizio insindacabile del CDS Terni.

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati dell'azienda/esercizio per il raggiungimento dei fini di cui alla convenzione. Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679, il titolare o Legale Rappresentante potrà in ogni momento avere accesso ai dati e chiederne la modifica o la cancellazione.

Data Firma

_____ _____

IL CDS Terni chiede di inviare al seguente indirizzo mail: cdsterni2017@gmail.com una locandina che verrà pubblicata sul Sito www.cdsterni.com alla sezione "Convenzioni", con i seguenti dati: LOGO e NOME ATTIVITA', INDIRIZZO, TELEFONO (Sito Web se disponibile), SCONTO SOCI CDS Terni, TIPOLOGIE DI SERVIZI-TRATTAMENTI-PRODOTTI, EVENTUALI LIMITAZIONI, DURATA CONVENZIONE.