



TRA

Centro di Medicina S.p.A. P.IVA 03438220265
sede legale a Villorba (TV), Viale della Repubblica, 10/B – 31100;
nella persona del suo Rappresentante Legale Sig.ra Piacentini Francesca
sede operativa di:

- VILLORBA MESTRE SAN DONA' DI PIAVE ODERZO FELTRE
- CONEGLIANO

E

Società Sportiva (TIMBRO)
Sport
con sede in
C.F. e P.IVA
nella Persona del Presidente

OGGETTO DELLA PROPOSTA E CORRISPETTIVO

Come previsto dalla Tab. A e B del D.M. 18-02-1982 la visita per il rilascio della idoneità sportiva comprende:

- raccolta della anamnesi;
- ECG a riposo;
- ECG con prova da sforzo;
- Spirometria;
- Test urine

Il servizio è a disposizione di tutti i tesserati ai quali verrà applicata la tariffa agevolata di

€45,00 AGONISTE UNDER 35
 €60,00 " OVER 35
 €40,00 NON AGONISTE (NO ECCI DA SFORZO)

Le certificazioni di idoneità sportiva agonistica dovranno essere recapitate dall'atleta interessato, al Servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda sanitaria di propria residenza, o in mancanza di questo, all'Ufficio a questo preposto ed indicato dalla predetta Azienda Sanitaria.

Potranno essere accolte delle eccezioni con eventuale consegna del certificato a 30gg ed il versamento di €15,00 euro. In mancanza di detta convalida, il certificato non potrà essere ritenuto valido. Copia del certificato sarà trattenuta negli archivi dell'Azienda Sanitaria.

Alle squadre che usufruiranno del Centro di Medica per il rilascio della idoneità sportiva, verrà applicata, nel caso di necessità degli atleti, la convenzione allegata.

Per usufruire delle scontistiche è obbligatorio esibire il tesserino riconoscimento della Società di appartenenza.

NB: La prestazione oggetto della convenzione è usufruibile presso tutte le sedi del Centro di Medicina ove sia presente il servizio, la tariffa potrà subire variazioni in base alla sede prescelta.

Per info: www.centrodimedicina.com

Modalità di pagamento:

- Pagamento diretto di ogni singolo atleta all'atto della visita.
- Saldo a carico della Società al ritiro dei referti.

Qualora si verificassero degli impedimenti a presenziare agli appuntamenti, si prega di avvisare il servizio di accettazione/prenotazione con un preavviso di almeno 24 ore, pena l'addebito al 50% della prestazione.

Persona di riferimento:

n. telefono

Mail

Il presente accordo scadrà il 30 / 09 / 2018

Per accettazione della presente: **Centro di Medicina S.p.A.**

Filiale di Oderzo
 Pia. Centro di medicina S.p.A. Oderzo (TV)
 Tel. 0422.207095 - Fax 0422.207843
 C.F. e P. IVA 03438220265

Società sportiva

Sig. _____

ODERZO, li _____

PROPOSTA DI CONVENZIONE

TRA

Centro di Medicina S.P.A. con sede legale in Villorba, Viale della Repubblica 10/B e sedi operative in Conegliano, Vittorio Veneto, Pieve di Soligo, Feltre, Oderzo, San Donà di Piave e Mestre, C.F. e P.I. 03438220265, nella persona del Legale Rappresentante Sig.ra Piacentini Francesca, C.F. PCNFNC55L63L407U nata a Treviso (TV) il 23/07/1955 e residente in Via Stangade n.9 – Treviso (TV)

E

Società Sportiva (TIMBRO) _____

Sport _____

con sede in _____

C.F. _____ e P.IVA _____

nella Persona del Presidente _____

OGGETTO DELLA PROPOSTA E CORRISPETTIVO

Il Centro di Medicina S.p.A. intende stipulare una convenzione con la Società Sportiva in funzione della quale i tesserati della stessa possano usufruire di alcune prestazioni a tariffe più vantaggiose;

L'elenco delle prestazioni oggetto di convenzione è il seguente:

- **Visite specialistiche e accertamenti strumentali (N.B. sono incluse le prestazioni dei soli medici che hanno aderito alla convenzione, servizio di Radiologia per Eco e Mammo e Densitometria).** Per l'elenco dettagliato si rimanda all'Allegato con le specifiche per sede) **sconto del 10%**
- **Radiologia (tradizionale, RM, TAC) sconto del 15%**
- **Laboratorio analisi sconto del 15%**
- **Fisioterapia sconto del 15% (N.B. sono incluse le prestazioni dei soli fisioterapisti che hanno aderito alla convenzione)**
- **Odontoiatria sconto del 10% (N.B. servizio presente SOLO nella sede di Conegliano)**

Gli sconti sono riferiti al prezzo di listino in vigore al momento dell'erogazione della prestazione e sono passibili di variazione. **Per usufruire degli sconti è obbligatorio esibire il tesserino riconoscitivo della Società di appartenenza. Per info:www.centrodimedicina.com**

Le prestazioni oggetto della convenzione potranno essere usufruite, compatibilmente con l'effettiva presenza *in loco* del servizio, presso le strutture di seguito elencate:

- Sede di Villorba: Viale della Repubblica 10 B – Tel. 0422/698111
- Sede di Conegliano: Viale Venezia 91 – Tel. 0438/66191
- Sede di Vittorio Veneto: Viale del Consiglio, 43- Tel. 0438/941343
- Sede di Pieve di Soligo: Corte del Medà, 25- Tel. 0438/83399
- Sede di Feltre: Viale Farra, 3 – Tel. 0439/89514
- Sede di Oderzo: Piazzale Europa, 1B- Tel. 0422/207095
- Sede di San Donà di Piave: Via Trasimeno, 2 – Tel. 0421/222221
- Sede di Mestre: Viale Ancona, 5 e 15 - Tel.041/5322500-041/5322510
- Sede di Montebelluna: Via Cima Mandria, 1 – Tel. 0423/22744

Qualora si verificassero degli impedimenti a presenziare agli appuntamenti, si prega di avvisare il servizio di accettazione/prenotazione con un preavviso di almeno 24 ore, pena l'addebito per intero della prestazione per la fisioterapia, al 50% della prestazione per poliambulatorio, radiologia e laboratorio analisi.

Modalità di pagamento:

Prima squadra:

- o Da parte del paziente: immediato
- o Da parte della società: 30 gg FM dalla data emissione FT

Altri atleti:

- o Da parte del paziente: immediato
- o Da parte della società: 30 gg FM dalla data emissione FT

I pagamenti dovranno essere rispettati nei termini prestabiliti, pena la sospensione della convenzione stessa. Comunque entro e non oltre il 15 maggio c.a. sarà necessario effettuare la chiusura dei sospesi relativi alla stagione sportiva in corso.

Intestazione fattura:

Prima squadra:

- o Al paziente
- o Alla Società

Altri atleti:

- o Al paziente
- o Alla società

DURATA DELLA CONVENZIONE

Il presente accordo decorre dal al 30/09/2018

Per accettazione della presente

Persona di riferimento _____ n. telefono _____

Mail: _____

Per accettazione della presente

Centro di Medicina
Centro di medicina S.p.A.
Filiale di Oderzo
Piazzale Europa, 1/b - 31046 Oderzo (TV)
Tel. 0422.207095 - Fax 0422.207095
C.F. e P. IVA 03438220265

Società Sportiva

Oderzo, li _____