

MODULO DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE PROPOSTA

DALLA COOP SALUTE

UOSD ALPI c/o GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Il sottoscritto Dr. _____ qualifica _____

matr. _____ In servizio presso UOSC/SERVIZIO _____

DICHIARA

DI AVER PRESO VISIONE DELLA PROPOSTA DI CONVENZIONE **COOP SALUTE** E DI VOLER ADERIRE ACCETTANDO LE TARIFFE PROPOSTE E LE MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN REGIME ALPI. A TAL FINE CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELL' APPOSITO ELENCO.

LI, _____

IN FEDE

timbro e firma