

CARTA SALUTE FAMIGLIA

MODULO DI ADESIONE

DATI INTESTATARIO DELLA CARTA :

COGNOME: NOME:
E-mail: Numero di telefono:
Data di nascita: C.F.:
Indirizzo: Codice postale:
Città: Provincia:

FAMILIARI BENEFICIARI DELLA CARTA:

Si prega di indicare al massimo quattro nominativi indicando il grado di parentela. Si precisa che i beneficiari non devono necessariamente coincidere con i componenti del nucleo familiare ai fini fiscali.

Si precisa inoltre che potranno usufruire delle prestazioni solo i bambini di età superiore ai 10 anni per gli esami ecografici e i ragazzi a partire dai 14 anni per le visite specialistiche.

1° BENEFICIARIO COGNOME: NOME:

Grado di parentela con l'intestatario della carta:

2° BENEFICIARIO COGNOME: NOME:

Grado di parentela con l'intestatario della carta:

3° BENEFICIARIO COGNOME: NOME:

Grado di parentela con l'intestatario della carta:

4° BENEFICIARIO COGNOME: NOME:

Grado di parentela con l'intestatario della carta:

REGOLAMENTO

La presente tessera avrà validità di due anni dalla data di sottoscrizione.

Il costo di adesione della tessera è di € 400 da versare contestualmente alla sottoscrizione dell'offerta.

L'adesione alla tessera dà diritto all'esecuzione delle seguenti prestazioni:

- Due esami ecografici a scelta tra:
 - Ecografia internistica di massimo due segmenti (es. addome inferiore e superiore).
Oltre il secondo segmento è previsto un costo aggiuntivo di 20 €.
 - Ecografia articolare di un segmento.
- Due visite specialistiche a scelta
- Check-up cardiologico (visita cardiologica e ECG)
inoltre:
- Sconto del 10% sulla risonanza magnetica articolare, cervicale o lombo-sacrale, se effettuata in un giorno a scelta.
Ulteriore 10% di sconto se effettuata in un giorno fisso a settimana indicato dal centro, con consegna del referto entro 4 giorni
- Sconto del 10% su tutti i servizi del centro.

Per beneficiare degli sconti, si prega di informare la segreteria circa il possesso della carta in fase di prenotazione degli esami/visite e di presentarsi in segreteria muniti della CARTA SALUTE FAMIGLIA Technos Medica e di un documento di identità.

Si precisa che l'intestatario e i beneficiari hanno diritto a complessive quattro prestazioni incluse nell'adesione alla carta, eventuali altre prestazioni aggiuntive dovranno essere pagate all'atto della prestazione secondo le modalità di sconto previste dall'offerta.

L'intestatario dichiara di aver preso visione dell'opuscolo informativo dell'offerta "CARTA SALUTE FAMIGLIA Technos Medica" e di accettarlo in ogni sua parte.

Firma dell'intestatario della CARTA SALUTE FAMIGLIA Technos Medica:

Data:

CONSENSO INTESTATARIO TESSERA EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Il sottoscritto

dà il consenso non dà il consenso

al trattamento dei dati personali, ivi compresa la comunicazione dei dati sensibili, ai fini di adesione alla presente offerta.

dà il consenso non dà il consenso

all'invio, tramite mail o sms, di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione alle prestazioni fornite dal centro.

E-mail: Cell (per invio sms):

Data: Firma per accettazione:

CONSENSO 1° BENEFICIARIO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Il sottoscritto

dà il consenso non dà il consenso

al trattamento dei dati personali, ivi compresa la comunicazione dei dati sensibili, ai fini di adesione alla presente offerta.

dà il consenso non dà il consenso

all'invio, tramite mail o sms, di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione alle prestazioni fornite dal centro.

E-mail: Cell (per invio sms):

Data: Firma per accettazione:

CONSENSO 2° BENEFICIARIO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Il sottoscritto

dà il consenso non dà il consenso

al trattamento dei dati personali, ivi compresa la comunicazione dei dati sensibili, ai fini di adesione alla presente offerta.

dà il consenso non dà il consenso

all'invio, tramite mail o sms, di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione alle prestazioni fornite dal centro.

E-mail: Cell (per invio sms):

Data: Firma per accettazione:

CONSENSO 3° BENEFICIARIO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Il sottoscritto

dà il consenso non dà il consenso

al trattamento dei dati personali, ivi compresa la comunicazione dei dati sensibili, ai fini di adesione alla presente offerta.

dà il consenso non dà il consenso

all'invio, tramite mail o sms, di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione alle prestazioni fornite dal centro.

E-mail: Cell (per invio sms):

Data: Firma per accettazione:

CONSENSO 4° BENEFICIARIO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Il sottoscritto

dà il consenso non dà il consenso

al trattamento dei dati personali, ivi compresa la comunicazione dei dati sensibili, ai fini di adesione alla presente offerta.

dà il consenso non dà il consenso

all'invio, tramite mail o sms, di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione alle prestazioni fornite dal centro.

E-mail: Cell (per invio sms):

Data: Firma per accettazione: