

MODULO DI ADESIONE

DATI INTESTATARIO DELLA CARTA :

COGNOME: NOME:

E-mail: Numero di telefono:

Data di nascita: C.F.:

Indirizzo: Codice postale:

Città: Provincia:

REGOLAMENTO

La presente tessera avrà validità di un anno dalla data di sottoscrizione.

Carta Salute è strettamente personale e non cedibile a terzi.

Il costo di adesione alla tessera è di € 100 da versare contestualmente alla sottoscrizione dell'offerta.

L'adesione alla tessera dà diritto all'esecuzione a scelta di una delle seguenti prestazioni:

- Check-up ecografico (addome, collo, mammella)

oppure

- Check-up cardiologico (visita cardiologica e ECG)

- 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 tutte le altre visite specialistiche e 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 Technos Medica e di un documento di identità.

Si precisa che l'intestatario ha diritto a una prestazione a scelta tra quelle indicate inclusa 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 Technos Medica" e di accettarlo in ogni sua parte.

Firma dell'intestatario della CARTA SALUTE Technos Medica:

DATA:

CONSENSO 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: