

MODULO DI RICHIESTA CONVENZIONE

Al Presidente CRAL ASL 2 Chieti
Via dei Vestini
66100 CHIETI
info@cralaslchieti.it

Oggetto: **proposta di convenzione**

La scrivente Ditta/Società _____

con sede in _____ Via/Piazza _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

operante nel settore _____

rappresentata dal Sig. _____

Con la presente, **propone a codesto CRAL** una convenzione in base alla quale **si impegna** a riservare ai soci di detta associazione, le seguenti condizioni di favore _____

Il CRAL si impegna, da parte sua, a dare comunicazione ai propri soci, dei contenuti della presente convenzione attraverso il sito internet e/o attraverso altre eventuali iniziative approvate dal Direttivo.

<p>Il CRAL ASL 2 CHIETI ha il diritto di recedere unilateralmente dalla presente convenzione in qualsiasi momento mediante semplice comunicazione alla Ditta/Società proponente</p> <p>FIRMA PER APPROVAZIONE DA PARTE DELLA DITTA/SOCIETA' _____</p>
--

I Soci del CRAL ASL 2 CHIETI, per beneficiare delle condizioni di favore concordate, devono esibire, a richiesta del personale della Ditta/Società proponente, il tesserino di socio.

La convenzione sarà considerata perfezionata e valida tra le parti solo all'atto della formale accettazione (via email) della proposta da parte del CRAL ASL 2 CHIETI.

Il trattamento dei dati è effettuato nel rispetto del D.Lgs.196 del 2003 e s.m.i. in materia di protezione dei dati personali.
