



CF- 98131440780

**MODULO DI RICHIESTA CONVENZIONE**

Al Direttivo nazionale

Al Responsabile nazionale delle Convenzioni  
Vice Presidente aggiunto Salvatore D'Apice

Oggetto: proposta di convenzione

La scrivente Ditta/Società STUDIO MEDICO

con sede in TRIESTE Via/Piazza REVOLTELLA 87

Telefono 3472778247 E-mail ANDREA.MICHELAZZI@LIBERO.IT Sito web \_\_\_\_\_

operante nel settore PSICHIATRIA P.IVA e/o C.F. MCHADR56003242

rappresentata dal Sig. ANDREA MICHELAZZI

Con la presente, **propone a codesto Direttivo** una convenzione in base alla quale **si impegna** a riservare ai tesserati e i collaboratori di detta organizzazione sindacale ed ai propri familiari, le seguenti condizioni favore: 10% DI SCONTO

Si allegano: brochure (in formato pdf) (); locandine (in formato pdf e jpg) (); lettera ();

Convenzione a livello: Nazionale (); Regionale ; Provinciale (); Cittadino ();

Specificare città, province, regione o più regioni dove la convenzione è valida:

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Il **Direttivo** si impegna, da parte sua, a dare comunicazione ai propri tesserati e collaboratori ed ai propri familiari, dei contenuti della presente convenzione attraverso il sito internet [www.itamil.org](http://www.itamil.org) e/o attraverso altre eventuali iniziative approvate dall'Esercutivo Nazionale.

**Il Direttivo nazionale ha il diritto di recedere unilateralmente dalla presente convenzione in qualsiasi momento mediante semplice comunicazione alla Ditta/Società proponente**

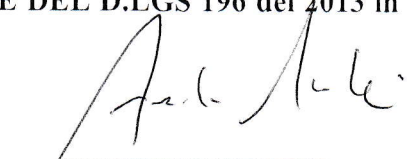
FIRMA PER APPROVAZIONE DA PARTE DELLA DITTA/SOCIETA' \_\_\_\_\_

I Tesserati e collaboratori del Sindacato ITAMIL, i propri familiari, per beneficiare delle condizioni di favore concordate, devono esibire, a richiesta del personale della Ditta/Società proponente, il tesserino oppure il codice identificativo assegnato per la convenzione.

La convenzione sarà considerata perfezionata e valida tra le parti solo all'atto della formale accettazione (via mail) della proposta da parte del Sindacato ITAMIL

Il trattamento dei dati è effettuato ai sensi del GDPR 2016/679 E DEL D.LGS 196 del 2013 in materia di protezione dei dati personali.

Città TRIESTE, Il 3/3/2021

  
Timbro e firma del proponente  
**Dott. ANDREA MICHELAZZI**  
Specialista in Psichiatria  
Via Revoltella 87 - Trieste