



**MODULO DI RICHIESTA DI STIPULA CONVENZIONE TRA  
ENTI/ATTIVITA'/ALTRO E L'ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI AREZZO PER I PROPRI ISCRITTI**

Da inviare al Consiglio Direttivo dell'Ordine di Arezzo  
via fax oppure e-mail o posta ordinaria

|                                                                                                                                              |                            |                               |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----|
| <b>NOME ENTE / ATTIVITA' / ALTRO:</b><br>GOLD STAR GYM SSD A RL                                                                              |                            |                               |     |
| VIA<br>VIA PIERO GORBIN                                                                                                                      |                            | LOCALITA'<br>AREZZO           | CAP |
| TEL.<br>0575/95132                                                                                                                           | FAX                        | E-mail<br>info@goldstargym.it |     |
| COD. FISCALE<br>02261600510                                                                                                                  | PARTITA IVA<br>02261600510 |                               |     |
| SITO INTERNET<br>WWW.GOLDSTARGYM.IT                                                                                                          |                            |                               |     |
| <b>ATTIVITA' SVOLTA<br/>O AREA DI<br/>PERTINENZA</b><br>FITNESS                                                                              |                            |                               |     |
| <b>LEGALE RAPPRESENTANTE:</b>                                                                                                                |                            |                               |     |
| COGNOME<br>GUIDI                                                                                                                             |                            | NOME<br>PIER PAOLO            |     |
| TEL.<br>327/50318998                                                                                                                         |                            | E-mail                        |     |
| <b>TIPOLOGIA DI CONVENZIONE</b> (barrare una o più tipologie di convenzione)                                                                 |                            |                               |     |
| <input type="checkbox"/> CONVENZIONE PER PRODOTTI <input checked="" type="checkbox"/> CONVENZIONE PER SERVIZI <input type="checkbox"/> ALTRO |                            |                               |     |
| <b>OGGETTO DELLA CONVENZIONE:</b><br>SERVIZI FITNESS CORSI + SALA ATTREZZI                                                                   |                            |                               |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SCONTO ACCORDATO A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEGLI INFERMIERI DI AREZZO</b><br><br>-10% SU TUTTI I SERVIZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SPECIFICARE SE SI INTENDE ESTENDERE LA CONVENZIONE IN TUTTE LE SUE PARTI AI FAMILIARI DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI AREZZO FINO AL:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> PRIMO GRADO (GENITORI E FIGLI) ED ESTESA AL CONIUGE DELL'ISCRITTO<br><input type="checkbox"/> SECONDO GRADO (NONNI, GENITORI, FIGLI, NIPOTI) ED ESTESA AL CONIUGE DELL'ISCRITTO |

**Nota Bene:** Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile dal legale rappresentante dell'Ente, Attività, Altro che presenta la convenzione.

La convenzione sarà attiva dal momento in cui viene accettata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Arezzo, pubblicata nel sito ufficiale e/o affisso alle bacheche della sede.

**Il legale rappresentante chiede**

a codesto rispettabile Ente, accettando il regolamento sottostante, l'esamina della presente richiesta, impegnandosi a rispettare scrupolosamente tutte le clausole proposte. Accetta sin d'ora l'eventuale richiesta di colloquio informativo atto ad integrare informazioni ulteriori relative alla proposta.

Luogo e data

AREZZO 12/02/2019

GOLD STAR GYM SSD A RL  
Timbro e firma del legale rappresentante  
Via C. Gotti, 201 - 52100 AREZZO  
P.IVA CF. 02261600510

(firmare e apporre il timbro anche sul regolamento nel retro)