

SCREENING AGEVOLATO

(Richiesta valida fino al 30 Giugno 2019)

Spett.le “ASSOCIAZIONE CRESCERE INSIEME” Mutua del Credito Cooperativo

Il / La Sottoscritto/a	Nato il
Residente a	Vian°
Telefono	Cellulare
Mail	

C H I E D E

Di poter usufruire ad uno dei seguenti percorsi (barrare con crocetta):

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| CHECK-UP CARDIOLOGICO | <input type="checkbox"/> |
| CHECK-UP OCULISTICO | <input type="checkbox"/> |
| CHECK-UP PROSTATA | <input type="checkbox"/> |
| CHECK-UP VASCOLARE | <input type="checkbox"/> |
| CHECK-UP PREVENZIONE PATOLOGIE
DELLE VIE AEREE SUPERIORI | <input type="checkbox"/> |

Le prestazioni medico-sanitarie saranno eseguite come da convenzione stipulata con la **DOMUS MEDICA – Centro Cure Specializzate – Via Zanchi, 12 – Este (Tel. 0429. 50303).**

Sulla base dei programmi sanitari della Domus Medica sarà cura della segreteria di Crescere Insieme informare il richiedente per il giorno e l'orario del percorso.

Al momento della visita si dovrà versare alla Domus Medica il ticket sanitario di € 45,00.

Con la presente si autorizza “Crescere Insieme” a trasmettere i dati anagrafici alla Domus Medica di Este al fine di poter predisporre la prestazione sanitaria.

Data Firma del Socio

Note operative:

Completare lo stampato in ogni sua parte e raccogliere la firma di adesione, inviare lo stampato in originale all'Associazione Crescere Insieme (Filiale di Bresega).

Consegnare copia dello stampato al Socio aderente e trattenere una copia presso la Filiale.

Parte riservata alla Mutua.

Socio dal Ha versato la quota per l'anno corrente? SI NO

Assenso al Percorso Sanitario

Non è possibile accedere alla prestazione per mancanza dei requisiti:

.....

FIRME

(per l'ufficio della Mutua)

.....

(per il CdA della Mutua)