Poliambulatorio Città di Collecchio Srl
Via Aldo Moro 1/A, 43044 Collecchio (PR)
Tel. 0521 1682359
Cell. Radiologia 331 7403076
Cell. Cardiologia 342 6126001
Cell. Oculistica 331 2059918
Email prenotazioni@pacc.it

CONVENZIONE PACC / CIRCOLO ARCI DIPENDENTI SANITÀ APS

MODULO PER FAMILIARI

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ residente a _____ (_____)

in via/strada/piazza _____ CAP _____

Cellulare _____ Email _____

Medico Curante _____

DICHIARO

a) di essere a conoscenza delle modalità con cui usufruire della Convenzione in essere tra il Circolo ARCI Dipendenti Sanità APS e il PacC – Poliambulatorio Città di Collecchio.

b) che il Sig./Sig.ra (cognome e nome)_____

C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/_____

è un mio familiare di primo grado / convivente e per questo motivo può usufruire della Convenzione in essere.

Data _____ Firma del Socio _____