

Codice modulo	MODULO POTENZIALI STRUTTURE / OPERATORI SANITARI O ESERCENTI DA CONVENZIONARE	Data attivazione modulo
---------------	---	-------------------------

--	--	--



Banca di Credito Cooperativo
di San Giovanni Rotondo
Società Cooperativa a Resp.Lim.
Aderente al Fondo
di Garanzia dei Depositanti
del Credito Cooperativo
Iscritta all'Albo delle Banche
C.F. e P.IVA 00149260713
Registro ditte al n. 23462

Tribunale di Foggia
Codice ABI 8810
Iscritta all'Albo delle Cooperative
al n. A162963
Via Aldo Moro, 9
Tel. 0882/837111
Fax 0882837001
www.bccsangiovannirotondo.it
info@bccsangiovannirotondo.it

Spett.le
Gargano Vita- Mutua del Credito Cooperativo
Via A. Moro n. 9
71013 – San Giovanni Rotondo (FG)

La Filiale di _____ della Banca ha curato il contatto con:

La Struttura/operatore sanitario _____
(Ragione sociale / nome della struttura/operatore sanitario)

l'esercente _____
(nome dell'esercente)

dove il Sig./Sig.ra _____ in qualità di
_____ telefono _____

e-mail _____ ha manifestato il suo interesse a convenzionarsi con

Il COMIPA (per strutture/operatori sanitari)

GARGANO VITA (per esercenti)

Vi preghiamo di attivarVi per realizzare la convenzione.

Cordiali saluti.

(Data)

(Timbro e sigla della Filiale segnalante)

NOTE:¹

¹ Nelle note si riportano gli accordi presi con il soggetto da convenzionare, come ad esempio le agevolazioni eventualmente concordate (sconti/tariffe riservate e prodotti e prestazioni oggetto delle agevolazioni), il tempo entro il quale il soggetto da convenzionare dovrà essere ricontattato dal Comipa/Mutua, l'orario e il giorno in cui il soggetto è raggiungibile.