



POLIAMBULATORIO  
DALLA ROSA PRATI  
Centro Diagnostico Europeo

MODULO PER IL DIPENDENTE DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

CONVENZIONE **INTERCRAL** P A R M A 

A3-POI 01

Ed. 1

Rev. 0

Del 29/07/2010

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
residente in Via / Str. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

dichiaro di essere aderente e in regola con la quota sociale della presente annualità di **Intercral Parma** con sede a Parma Viale Caprera, 13/a Tel. Fax 0521.969637 mail [info@intercralparma.it](mailto:info@intercralparma.it)

**dichiaro**

di essere a conoscenza delle modalità con cui accedere alla Convenzione in essere tra la mia Associazione e il Poliambulatorio Dalla Rosa Prati.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_