

Da compilare da parte della struttura e/o del medico interessato al convenzionamento con il Fasdac e da inviare via fax o via mail alla Associazione territoriale di riferimento.

SCHEDA DI ADESIONE AL CONVENZIONAMENTO

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

Attività

- Ricoveri
- Diagnostica
- Fisioterapia
- Odontoiatria
- Visite specialistiche

Ragione sociale

Indirizzo

Cap _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Fax _____ E.mail _____

Sono interessato al convenzionamento con il Fasdac ed autorizzo l'invio della proposta di contratto completa del nomenclatore tariffario.
