DOMANDA DI ADESIONE CURE TERMALI 2024

Da consegnare entro il 20 agosto nel comune di residenza

Il/La Sottoscritto/a Cognome .....Nome .....
nato/a ..... ( ) il .....
residente in Via ..... n .....
telefono/CELL ..... E-mail .....
Codice Fiscale .....
Medico di base .....

CHIEDE

di poter usufruire, tramite il COMUNE di ....., dei seguenti Servizi:

1. CURE TERMALI NEL PERIODO 18 SETTEMBRE / 1 OTTOBRE - 12 SEDUTE

- FANGHI*
- INALAZIONI*
- INSUFFLAZIONI*

*(crocetta sulla voce che interessa)

2. TRASPORTO CON AUTOBUS

3. DICHIARA

- di impegnarsi al pagamento del Ticket dovuto presso le Terme di Acqui;
- di impegnarsi al pagamento della Quota dovuta per il Trasporto come quantificata, direttamente all'autista;
- di comunicare tempestivamente qualsiasi modifica alla richiesta dei Servizi sopra indicati;
- di ACCETTARE LE TARIFFE DI CONTRIBUZIONE STABILITE DALLE TERME;
- di allegare alla presente Domanda una fotocopia dell'Impegnativa rilasciata dal proprio Medico per il trattamento richiesto (l'ORIGINALE dovrà essere presentato alle Terme di Acqui il giorno della VISITA).

Data, ... Firma .....

Informativa ai sensi dei DGPR Reg. UE n. 679/2016: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.