



A.S.S.T.

C.R.A.L. SANITÀ
VALTELLINA E ALTO LARIO

MODULO RICHIESTA CONVENZIONE

Nome del proprietario _____

Nome dell'esercizio o negozio _____

Indirizzo _____

Telefono/Cellulare _____

Indirizzo mail _____

Tipologia esercizio o negozio _____

Entità dello sconto (previa presentazione tessera CRAL): _____

Note: _____

La presente convenzione ha durata annuale e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno se non disdetta da una delle due parti, con lettera raccomandata oppure inviando notifica alla seguente mail: cralaovv@gmail.com entro il 31 ottobre di ogni anno.

Firma e timbro

DATA ____/____/____