

MITTENTE
Società/Ditta
Via.....
Città

Spett.le Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata

Corso Cavour 96 Macerata

Tel: 0733/233051

email: info@opimacerata.it

PEC : macerata@cert.ordine-opi.it

Oggetto: Proposta di convenzione a favore degli iscritti.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ -- _____

in qualità di legale rappresentante della società/ditta:

Con sede legale in _____

Via _____

Partita IVA / Cod. Fisc. _____

Telefono _____ Mail _____

PROPONE

la stipula di una convenzione con il Vostro Ordine alle seguenti condizioni:

1. **Oggetto della convenzione:** _____

2. **Destinatari:** Iscritti all'Ordine, dipendenti e loro familiari.

3. **Vantaggi proposti:** _____

4. **Validità:** La presente convenzione avrà validità dal _____ al _____

5. **Modalità di accesso:** Gli interessati potranno usufruire della convenzione esibendo il tesserino professionale o mediante _____

Luogo e data,

Il Responsabile dell'Impresa
o Attività Commerciale

Per accettazione
Il Presidente OPI Macerata