



Con la presente, la Ditta STUDIO ASSOCIATO MEDICO DENTISTICO DI GRAZIA STP-SRL
Con Sede in AVERSA (CE)
alla Via VITTOLO EMANUELE III, 95 n° 95
Partita IVA 03217610611
E-mail STUDIOASSISTENTI@GMAIL.COM
Telefono _____ Fax _____
Attività svolta _____

Chiede di annoverarsi tra le Ditte convenzionate
In tal caso, solo ed esclusivamente per i vostri soci daremo la possibilità di usufruire
dei nostri servizi alle seguenti condizioni:

Riconosciamo al C.R.A.L. "Luigi Vanvitelli" le seguenti condizioni:

Assicurandoci la divulgazione del marchio attraverso stampa su depliant, riviste e
quant'altro si riterrà necessario portare a conoscenza dei soci le agevolazioni da noi
offerte.

La presente convenzione si intenderà rinnovata automaticamente in assenza di una
comunicazione di disdetta da parte di una delle parti.

Data 19/04/2016

Timbro & Firma _____
STUDIO ASSOCIATO MEDICO
DENTISTICO DI GRAZIA STP - SRL
Via Vittorio Emanuele III, 95
031 Aversa (CE)
03217610611
081.503.78.35

E-mail: info@crai-luigivanvitelli.it Telefono: 081 189 200 28 Sito Web: <http://www.crai-luigivanvitelli.it/>

Oggetti: Richiesta di convenzione