

PROTOCOLLO D'INTESA RELATIVO ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE DI
MEDICINA DELLO SPORT

TRA

POLIMED SANTA CATERINA in persona del suo legale rappresentante Dr.ssa Chiara Airoidi

E

La società/associazione.....

con sede in via/piazza.....A.....cap.....(.....)

di seguito denominata Società Sportiva affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale.....

codice affiliazione federale num.....

Nella persona del suo Presidente Sig.

Premesso che Il POLIMED SANTA CATERINA è un poliambulatorio medico con annesso Studio Professionale di Medicina dello Sport e che la Dott.ssa Chiara Airoidi è il Medico Specialista in Medicina dello Sport

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

1. il protocollo d'intesa si applica alle visite di idoneità per la pratica agonistica tabella B1 come da DM 18.02.1982 e visite di idoneità per la pratica non agonistica come da DM 24.04.2013 e successivi aggiornamenti, con rilascio delle relative certificazioni.
2. Per quanto concerne le tariffe agevolate sono riportate nella tabella seguente

	TARIFFE	
	Convenzione con società	Non convenzionato
Certificato att sportiva non agonistica	30€	35€
Certificato att. Sportiva Agonistica (B1)	55€	65€
Certificato att. Sportiva Agonistica (B1) <18 anni	45€	55€

3. Le parti convengono la seguente procedura per l'erogazione del servizio:
 - a) sarà cura della società sportiva (tramite persona addetta) o dell'atleta stesso richiedere la visita di rinnovo di idoneità sportiva con congruo anticipo dalla data di scadenza (non prima di 30 giorni dalla scadenza), in modo da poter effettuare l'accertamento entro i termini di legge;
 - b) la società o l'atleta:
 - potranno prenotare le prestazioni sanitarie
 - da lunedì a venerdì dalle ore 14 alle 18; al numero 349.4628186**
 - potranno visitare il sito www.polimedsantacaterina.it per accedere a informazioni generali sulla struttura ed i suoi servizi e richiedere informazioni alla mail: info@polimedsantacaterina.it

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE