



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

ALLEGATO 2

PROPOSTA PER LA SOTTOSCRIZIONE DI UNA CONVENZIONE NON ONEROSA A FAVORE DEI DIPENDENTI E DEL PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA E LE AZIENDE DEL TERRITORIO ADERENTI ALLA RETE WHP

1. DATI DEL PROPONENTE

(titolo, nome e cognome, ovvero ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Dati del legale
rappresentante: _____

(nome e cognome)

Codice fiscale: _____

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____

Città _____, Prov. _____, CAP _____, Telefono _____

sito web _____

E-mail _____

PEC _____

2. ATTIVITÀ SVOLTA DAL PROPONENTE

In quale categoria rientra l'attività che svolge?			
☐ Cultura	☐ Sport	☐ Servizi di ristoro	☐ Prodotti alimentari
☐ Servizi formativi ed educativi	☐ Trasporti	☐ Viaggi e turismo	☐ Servizi per animali
☐ Servizi grande distribuzione	☐ Servizi ricreativi e di svago	☐ servizi di cura alla persona	☐ Altri servizi

Descrizione dell'attività svolta dal proponente:

3. CONDIZIONI OFFERTE AI DIPENDENTI E AL PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA E LE AZIENDE DEL TERRITORIO ADERENTI ALLA RETE WHP

Indicare succintamente le condizioni generali di maggior favore riservate al personale dell'ASL NO e delle aziende del territorio aderenti alla rete WHP

TABELLA DI COMPARAZIONE

(Nella tabella sottostante, il proponente deve indicare le prestazioni che intende offrire, indicando il prezzo comunemente applicato e quello riservato di dipendenti delle aziende sopracitate espresso anche in % di sconto)

Prestazione offerta	Prezzo al pubblico	Prezzo ai dipendenti aziende WHP	Percentuale di sconto applicata

Data _____

Firma del Proponente
