

MODULO DI DELEGA

Il sottoscritto _____ dipendente presso la ditta Selle Royal Group S.p.A. con sede in Via Vittorio Emanuele 119, Pozzoleone (VI) e riconosciuto per mezzo di C.I. Nr. _____

DELEGA

Nome _____ Cognome _____ riconosciuto per mezzo C.I.

Nr. _____ in qualità di:

- ☐ Marito/Moglie
- ☐ Figlio/Figlia
- ☐ Fratello/Sorella
- ☐ Convivente

A poter usufruire della scontistica riservata ai dipendenti dell'azienda sopra citata per effettuare visite mediche presso la struttura Centro Medico Fisioterapico IGEA.

In fede,

luogo/data _____

Firma
