

**PROPOSTA PER LA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI NON ONEROSE A FAVORE
DEI DIPENDENTI IN SERVIZIO PRESSO L'ASST DI CREMA**

DATI DEL PROPONENTE

_____ (nome, cognome ovvero ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA _____

Dati legale rappresentante _____

Codice fiscale: _____

Sede legale: Via/Piazza _____ n. _____ Città _____

Prov. _____ CAP. _____

Telefono _____ sito web _____

Email _____ PEC _____

ATTIVITA' SVOLTA DAL PROPONENTE

Specificare la categoria in quale rientra l'attività svolta (barrare la casella corrispondente):

- Palestre, Centri Sportivi;
- Piscine;
- Centri Benessere;
- Farmacie e Parafarmacie;
- Lavanderie e Stirerie;

Descrizione sintetica dell'attività svolta dal proponente:

CONDIZIONI OFFERTE AI DIPENDENTI IN SERVIZIO PRESSO L'ASST DI CREMA

Indicare succintamente le condizioni generali di maggior favore riservate al personale dipendente dell'ASST di Crema :

