



POLIAMBULATORIO FITNESSCENTER srl
MEDICINA DELLA SALUTE

Convenzionato con la Federazione Medico Sportiva Italiana



OGGETTO: PROPOSTA DI CONVENZIONE

Il Poliambulatorio Fitness Center da oltre 20 anni è un punto di riferimento per gli atleti che intendono intraprendere la pratica sportiva a livello agonistico o per un controllo generale sulle proprie condizioni fisiche. Nella nostra nuova sede completamente rinnovata di via G. Galilei 9 a Parma, i nostri specialisti dedicano le loro consulenze a tutti gli sportivi che vogliono personalizzare il proprio programma di allenamento, con diete su misura e consigli per potenziare le proprie capacità, riabilitando l'atleta da traumi e lesioni attraverso corretti programmi terapeutici specifici nella nostra palestra attrezzata.

Il Poliambulatorio Medico Sportivo Fitness Center, presidio accreditato dalla Regione Emilia Romagna, inoltre è in grado di effettuare le visite medico sportive per la pratica agonistica valida ai sensi di legge applicando le tariffe regionali.

Con le singole società sportive è possibile stipulare particolari convenzioni garantendo l'applicazione di tariffe scontate come riportate in seguito:

PRESTAZIONE	IMPORTO	CONVENZIONE
VISITA IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA – NON AGONISTICA step test	€ 55,00	€ 45,00
VISITA IDONEITA' SPORTIVA (facoltativa tra 40 e 50 anni) cicloergometro	€ 70,00	€ 63,00
VISITA IDONEITA' SPORTIVA > 50 ANNI prova massimale al cicloergometro	€ 110,00	€ 100,00
TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE (per info: www.fitnesscenter.pr.it)		
TEST COMPLETO Forza + Test di soglia con metabolometro K4	€ 100,00	€ 90,00
TEST CON METABOLIMETRO K4	€ 80,00	€ 72,00
TEST SOLO FORZA	€ 50,00	€ 45,00

La Società sportiva si impegna a:

1. Sottoporre alla visita sportiva agonistica presso il nostro Poliambulatorio almeno 10 atleti nel corso della stagione 2014/2015
2. Presentare l'elenco nominale di tali atleti

Ogni atleta deve portare:

- Documento di identità personale
- Codice fiscale
- Campione di urine
- Libretto sanitario dello sportivo

Gli atleti minorenni devono essere accompagnati da un genitore o da chi ne fa le veci.



POLIAMBULATORIO FITNESSCENTER_{srt}
MEDICINA DELLA SALUTE

La Società _____

Sede legale _____

P.IVA o Cod. Fiscale _____

rappresentata da _____

Tel. _____

E-mail _____

letto i punti 1 e 2 sottoscrive la convenzione con il Poliambulatorio Fitness Center e comunica inoltre che il pagamento sarà:

Pagamento anticipato

Pagamento effettuato dai singoli atleti

Pagamento effettuato dalla società

Altro

Data.....

Firma del Responsabile

N.B. Per disdette telefonare con almeno 24 ore di anticipo, onde evitare l'addebito della visita