



Porto Viro, 27/08/2018

Spett.le
AVIS TAGLIO DI PO

OGGETTO: convenzione visite medico sportive stagione 2018/19.

Con la presente siamo a illustrarvi la nostra migliore offerta per le visite mediche degli atleti per questa stagione sportiva.

VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA (SIA MINORENNI CHE MAGGIORENNI): € 40 (anamnesi, visita, ecg a riposo, rilascio del certificato di stato di buona salute generico);

VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA CON PROVA DA SFORZO (SIA MINORENNI CHE MAGGIORENNI): € 50 (anamnesi, visita, ecg a riposo + ecg sotto sforzo, rilascio del certificato di stato di buona salute generico);

VISITA SPORTIVA AGONISTICA MINORENNI e MAGGIORENNI UNDER ED OVER 35: € 60 (anamnesi, visita, esami urine, spirometria, ecg a riposo e sotto sforzo, supervisione del cardiologo prima del rilascio del certificato, rilascio del certificato agonistico con lo sport specificato);

Tale proposta economica è da ritenersi valida per un annata sportiva circa. Finita l'annata la società sportiva dovrà contattare la struttura per sottoscrivere una nuova convenzione. Se la convenzione non verrà nuovamente sottoscritta, si applicheranno agli iscritti le normali tariffe rivolte alla clientela non facente parte di nessuna società sportiva.

Essendo il nostro centro accreditato dalla Regione del Veneto per effettuare i **corsi BLS** per l'utilizzo del defibrillatore siamo pertanto disponibili ad effettuare la formazione per i vostri addetti (D.M. del 24 aprile 2013).

Rimanendo a disposizione per qualsiasi informazione o chiarimento in merito, porgiamo cordiali saluti.

Medica Porto Viro s.n.c.



RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

(D.M. 18/02/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA

INDIRIZZO SEDE: VIA.....NR. CIVICO

CITTA'PROVINCIA

TELEFONO

CODICE FISCALE O PARTITA IVA.

CODICE AFFILIAZIONE FEDERALE.....

RICHIESTE VISITA MEDICO SPORTIVA DI TIPO: **AGONISTICO** **NON AGONISTICO**

DELLO SPORT **PER IL SEGUENTE ATLETA (O LISTA DI ATLETI, VEDI ELENCO ALLEGATO):**

COGNOME.....NOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENTE IN VIA.....NR. CIVICO.....

CITTA'PROVINCIA

TELEFONO

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSIBILE DELLA SOCIETA'

Medica Porto Viro s.n.c.