



MODULO DI PRENOTAZIONE - GIORNATA NUTRIZIONALE SPORTIVA-

Si prega di compilare con attenzione il seguente modulo e di inviarlo via email a: **servizifarmacaiitalia@gmail.com** oppure via fax allo **081.19305316**.

DATI FARMACIA

Nome Farmacia _____

Indirizzo _____ PR _____

Telefono _____ N. di fax _____

Email _____ @ _____ Cellulare _____

P.iva _____

Data prescelta (scegliere una data con 40 giorni di anticipo) _____

Condizioni generali del servizio

- Costo della giornata nutrizionale : 399,00 euro + iva
- Il costo indicato comprende tutte le spese del servizio dalle 10.30 alle 19.00 e l'elaborazione dei piani alimentari in un numero compreso di 15 consulenze .
- Oltre la consulenza N.15 sarà addizionato un costo di 20,00 euro/cadauno per il solo costo dell'elaborazione nutrizionale
- Il numero massimo di consulenze effettuabili in una giornata è di N.35.
- Ogni consulenza sarà effettuata in congiunzione con l'esame bioimpedenziometrico per la valutazione corporea
- La farmacia ospitante dovrà mettere a disposizione solo un box privacy o stanza o corner con una scrivania e 2 sedie ed un lettino per l'esame BIO
- La strumentazione per effettuare le consulenze nutrizionali sarà a cura della servizi farmacia italia srl
- Ogni paziente firmerà il consenso alla privacy per la consulenza che sarà custodito dalla società Servizi farmacia italia srl secondo il suo DPS
- L'elaborazione nutrizionale è effettuata secondo le linee guida indicate dall'INRAN (istituto nazionale di ricerca alimenti e nutrizione) e prevede solo utilizzo di alimenti naturali per un corretto dimagrimento
- Tutti i nostri consulenti sono dietisti, nutrizionisti , biologi nutrizionisti
- Il cambio o la disdetta della data prefissata deve essere effettuato mezzo EMAIL entro 9 giorni dalla data INDICATA. Qualora non venisse comunicato nulla in merito la data si considererà confermata e quindi da saldare.
- Il saldo della fattura dovrà essere effettuato entro 7 giorni dalla data di ricevimento della fattura stesso mezzo bonifico bancario.

☐ Acconsento ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS n.196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti secondo le modalità e nei limiti di cui al citato decreto

DATA _____

TIMBRO E FIRMA FARMACIA