



**C.R.A.L.**  
Ospedale di Magenta  
"G. Fornaroli"

**Alla Commissione Convenzioni**

**OGGETTO: richiesta di Convenzione** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il sottoscritto.....

Titolare dell'attività denominata.....

con tipologia merceologica di vendita.....

posta in ..... via..... n.....

telefono ....., chiede di essere inserito nell'elenco dei negozi

in convenzione con il C.R.A.L. "**OSPEDALE DI MAGENTA**"

A tal fine, chiede di essere contattato per definire le tipologie di facilitazioni che è disponibile ad attuare, dietro formale presentazione della Tessera CRAL, tra le quali, in via indicativa dichiara:

- disponibile ad attivare uno sconto del ..... % (sul prezzo di, listino, esposto, preventivo, trattato, ecc.)
- disponibile ad uno sconto del .....% da effettuare sui prodotti in promozione.
- Altro.....  
.....

- 
1. **Sconto** effettivo (ovvero al momento del pagamento sia che il prezzo sia fisso o frutto di trattativa il socio ha diritto allo sconto pattuito dalle parti) in caso contrario decade la convenzione.
  2. La ditta può cambiare la % di sconto o non praticare nessuno sconto sugli articoli in promozione, purché sia specificato nella richiesta di convenzione.
  3. La scadenza della convenzione è annuale, si ritiene rinnovata automaticamente se non riportata la data di scadenza, o eventuale lettera di disdetta.
  4. Lo sconto non può essere inferiore al 5% sugli articoli non in promozione.

Certo di un cortese riscontro, cordialmente saluta.

Magenta li, .....

FIRMA

**Scadenza** \_\_\_\_\_

.....