



C.R.A.L. dipendenti USL Prato - APS

P.zza Ospedale 5 – 59100 Prato (PO) - tel. 0574-807573 – C.F.: 84008450482

Info: craluslprato@virgilio.it – craluslprato@pec.it

Sito web: www.craldipendentiuslprato.it



Alla Commissione Convenzioni
del CRAL Dipendenti USL Prato – APS

OGGETTO: richiesta di Convenzione anni _____/_____

Il sottoscritto.....

Titolare dell'attività denominata.....

con tipologia merceologica di vendita

posta in via n.....

telefono.....,..... Mail

chiede di essere inserito nell'elenco dei negozi in convenzione con il C.R.A.L. Dipendenti USL Prato-APS.
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, χ 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.

Prato li,

FIRMA.

Scadenza _____