



UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Strutture Sanitarie al Servizio della tua Salute

(Centralino:06/32868.1)

CONVENZIONE USI-CARD PER SOCI E LORO FAMILIARI - PREZZO DELLA USI-CARD: € 55,00 a persona

SCADENZA ISCRIZIONE: 28 febbraio 2027 - VALIDITA' CONVENZIONE: dal 01.01.2027 al 31.12.2027

MODULO RICHIESTA DELLA USI-CARD

Il sottoscritto/a _____ NATO IL _____ Residente a _____

Codice fiscale _____ cell. _____ Conv. _____

Chiede di poter usufruire della convenzione USI-CARD stipulata con la U.S.I. **per sé** (obbligatorio):

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

1) _____ / _____ / _____

e per i familiari sottoelencati:

COGNOME/NOME _____ COD.FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____

2) _____ / _____ / _____

3) _____ / _____ / _____

4) _____ / _____ / _____

5) _____ / _____ / _____

6) _____ / _____ / _____

7) _____ / _____ / _____

8) _____ / _____ / _____

9) _____ / _____ / _____

10) _____ / _____ / _____

Totale versato € _____ (+ 2,00 marca da bollo per importi superiori a € 77,47)

Dati personali

I dati da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per gestire la Sua richiesta di rilascio della USI Card, che permette di usufruire delle promozioni a questa collegate.

I dati forniti saranno oggetto di trattamento con strumenti elettronici e non elettronici e saranno trattati esclusivamente per rispondere alla Sua istanza e per adempiere agli obblighi legali e contrattuali eventualmente assunti nei suoi confronti (vendita, fatturazione, assistenza alla Clientela) relativi al servizio cui Lei ha richiesto di accedere. Ne consegue che il conferimento del consenso al trattamento di tali dati è necessario a tal fine. In caso di rifiuto o successiva cancellazione, potrà non essere garantita la continua fruizione del servizio. Per le medesime finalità potranno avere conoscenza dei dati, oltre al nostro personale tecnico e amministrativo, fornitori terzi di servizi. I Suoi dati personali non saranno in ogni caso soggetti a diffusione.

Con la firma del presente modulo Lei dichiara di avere preso visione della informativa USI presente sul retro, che contiene tutte le informazioni sul trattamento che Unione Sanitaria Internazionale SpA fa dei suoi dati personali, dei diritti che Le sono riconosciuti, e della modalità per esercitarli. Inoltre, rilascia il relativo consenso al trattamento dei dati personali per la finalità descritta.

Roma, lì _____

Firma _____

Modalità iscrizione (non accettata per i rinnovi)

- 1) Compilare il presente modulo e allegare copia del Bonifico Bancario effettuato attraverso IBAN IT52B0200805364000500011323 (UNICREDIT) intestato a USI SPA – Unione Sanitaria Internazionale SPA - ROMA
- 2) Inviare il modulo di adesione e la copia del bonifico bancario: mail: usicard@usi.it – Ufficio usicard
- 3) Allegare documentazione idonea che attesti l'appartenenza alla società convenzionata