

ALLEGATO 1

MODULO SCONTISTICA

**(DA ESIBIRE IN ORIGINALE AL MOMENTO DEL PAGAMENTO PRESSO LA CASSA DELLA STRUTTURA
COMPILATO DAL TITOLARE TESSERA COMIPA)**

ENTE : COMIPA Soc. Coop. a r.l.

TITOLARE DELLO SCONTO (apporre X su uno o più opzioni ed indicare nominativo):

- TITOLARE SOCIO COMIPA
- FAMILIARE 1 (a carico)
- FAMILIARE 2 (a carico)

VALORE: 10% SU TARIFFA PRIVATA

SERVIZIO: TEST SIEROLOGICO COVID 19