

CONVENZIONE / OFFERTA COMMERCIALE

Con la presente il sottoscritto ANGELO GRECO
(Cognome e nome)
titolare del LA FARMACIA DR. ANGELO GRECO
(albergo - negozio - associazione - campeggio - attività, etc.)
sito in ROMA Via CASILINA Km 16.900 N.
CAP 00133 Prov. RM E-mail FARMACIA GRECOANGELO@GMAIL.COM
WEB FARMACIA2001GRECO.IT Tel. 06/20461389
Fax _____ CELL. 347 822 6486

STIPULA

con L'INTERNATIONAL POLICE ASSOCIATION, DELEGAZIONE VM LAZIO -
COMITATO LOCALE di _____, apposita convenzione/offerta commerciale -
praticando agli Associati - a richiesta, e a presentazione della tessera sociale di appartenenza
all'I.P.A., regolarmente vidimata per il corrente anno, le sotto elencate agevolazioni, valide dal
18-02-25 al 18-02-27 (periodo massimo 24 mesi):

- SCONTO SUI PREZZI IN VIGORE DEL ~~10%~~ 10% SU PARAFARMACI, COSMETICA,
 - ~~ALTRA~~ DERMOCOSMESI, INFANZIA, DISPOSITIVI MEDICI, VETERINARIA,
OMEOPATIA, EUCATTOLI.
 - NOTE: SCONTO NON APPLICABILE SU PRODOTTI GIÀ IN OFFERTA,
NON APPLICABILE SCONTO SUL FARMACO E SU TICKET ASL SU
 - ~~EVENTUALI NOTE BASE REGIONALE~~
MOSTRARE TESSERINO ASSOCIAZIONE AL MOMENTO DELL'ACQUISTO
- Il sottoscritto, ricevuta l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 autorizza la divulgazione dei dati di cui sopra da parte dell'I.P.A. sulle riviste e i siti internet dell'Associazione.

Roma, 18/02/2025

IL PRESIDENTE I.P.A. DELEGAZIONE LAZIO
Paolo Chianchi
(Firma e Timbro)

IL TITOLARE
FARMACIA DR. ANGELO GRECO
Via Casilina km. 16.900
ROMA - Tel. 06/20761389
Partita IVA 13199121008
C.F. GRGNGL86S30D773V

REGISTRATA ALLA SEGRETERIA NAZIONALE IL _____ AL NR. _____
(a cura della Segreteria Nazionale)

