PROTOCOLLO DI INTESA
ASSOBIOMEDICA – FEDERALBERGHI

far vidimare in associazione
e inviare via fax al n. 0642034690
oppure via mail a
protocollo.assobiomedica@federalberghi.it

Io sottoscritt… |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nat… il |__|__| / |__|__| / |__|__| a |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| prov. |__|__|

in qualità di rappresentante legale della ditta / società |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| partita iva |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

che gestisce l'albergo* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| stelle |__|

con sede nel comune di |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| prov. |__|__|

indirizzo |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| cap |__|__|__|__|__|

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| fax |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

posta elettronica |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

aderisco ai parametri di sobrietà previsti dal Protocollo di Intesa tra Assobiomedica e Federalberghi per il superamento dei limiti di classificazione delle strutture del settore turistico/ricettivo previsti dal Codice Etico di Assobiomedica, dichiarandomi disponibile ad applicare le tariffe indicativamente previste nel suddetto Protocollo di Intesa per eventi organizzati da soci di Assobiomedica;

consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, **dichiaro che il suddetto albergo aderisce a Federalberghi** per il tramite dell'associazione albergatori di
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| ________________________________
data (firma del dichiarante)

Autorizzo Federalberghi a comunicare i dati suddetti ad Assobiomedica e alle aziende ad essa associate, anche mediante pubblicazione su sito web. Autorizzo inoltre il trattamento dei dati al fine di verificare l'appartenenza dell'albergo suindicato al sistema organizzativo di Federalberghi.

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| ________________________________
data (firma del dichiarante)

Associazione
territoriale
di Federalberghi

*compilare un modulo per ciascuna struttura ricettiva