

Spettabile
FONDO ASSISTENZA
DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA
Via Cefalonia, 74
25122 BRESCIA

Oggetto: Convenzione per prestazioni sanitarie

Facendo seguito alle intese intercorse, con la presente la **NEO** - NETWORK di ECCELLENZA ODONTOIATRICA COOPERATIVA SOCIALE nella persona del suo rappresentante legale Dottor Rosario Rizzo,

premesso che

NEO certifica la rispondenza delle caratteristiche professionali degli Studi odontoiatrici con essa convenzionati, riuniti in Associazione Professionale col nome di "**Love My Dentist**", al codice etico di cui all'allegato A in quanto dotati di attrezzature adeguate e personale qualificato in grado di fornire prestazioni odontoiatriche di qualità

si impegna

affinché gli Studi Odontoiatrici di cui sopra, di seguito denominati "**Love My Dentist**",

eroghino prestazioni odontoiatriche a favore degli Associati al **Fondo di Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca**, di seguito denominato "**Fondo**", alle seguenti condizioni:

1. Beneficiari della Convenzione e identificazione dei beneficiari

Potranno beneficiare della Convenzione gli Associati al Fondo che esibiranno il proprio tesserino di riconoscimento, in corso di validità, attestante l'appartenenza ad Azienda del Gruppo UBI Banca, ed i familiari degli Associati stessi. Questi ultimi, all'atto della richiesta della prestazione, dovranno esibire copia di lettera del "**Fondo**" che ne certifica l'iscrizione. Il personale degli **Studi convenzionati NEO "Love My Dentist"** si riserva la possibilità di verificare direttamente presso gli uffici del "**Fondo**" la regolarità della documentazione presentata.

2. Costo delle prestazioni. Fatturazione e pagamento

Gli Associati ed i loro familiari iscritti al Fondo potranno fruire delle prestazioni sanitarie offerte dagli **Studi convenzionati NEO "Love My Dentist"** pagando direttamente allo Studio Odontoiatrico che ha fornito la prestazione il corrispettivo stabilito dal tariffario unico allegato alla presente Convenzione.

NEO si riserva di concordare preventivamente con il Fondo l'aggiornamento di detto tariffario.

L'Associato effettuerà il pagamento delle prestazioni direttamente allo Studio convenzionato NEO appartenente al gruppo "**Love My Dentist**" contro ritiro di fattura intestata alla persona che fruisce effettivamente delle prestazioni.

3. Rapporti tra i contraenti

La presente Convenzione è da intendersi di tipo indiretto e pertanto tutti i rapporti di tipo amministrativo ed economico connessi con le prestazioni "convenzionate" intercorreranno esclusivamente tra l'Associato, o i propri familiari, e gli **Studi convenzionati NEO** del gruppo "**Love My Dentist**".

4. Validità

La presente convenzione avrà decorrenza dal 1° aprile 2016 ed avrà validità sino al 31 marzo 2017. La validità si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo che intervenga disdetta di una delle parti contraenti almeno 2 mesi prima della scadenza, da comunicarsi con lettera raccomandata con A/R.

Vi preghiamo di restituirci copia della presente lettera di convenzione, sottoscritta in segno di conferma ed accettazione.

Distinti saluti.

Brescia,

NEO NETWORK di ECCELLENZA ODONTOIATRICA COOPERATIVA SOCIALE
via E. Ferrari, 16 - 25030 Roncadelle (Bs)

Per accettazione

26.02.2016

_____ data

_____ 

_____ firma

Allegati:

- A) Codice etico Studi odontoiatrici convenzionati NEO
- B) Elenco degli Studi convenzionati NEO
- C) Listino Prezzi per prestazioni convenzionate