

Gentile **Gabanini Simona**  
nata a **Cesena** il **04/01/1971**  
residente in cap **47034**  
indirizzo **via m. baldelli 34**  
tel.pers. **3478899333** tel.abit.  
email  
professione  
cf

Ci preghiamo di comunicarLe qui di seguito la nostra proposta concernente i patti e le condizioni alle quali il nostro Istituto le offre il "programma di dimagrimento".

1. Le caratteristiche del programma prescelto, la sua durata, le sue modalità, il suo prezzo e i termini di pagamento sono quelli descritti nel seguente prospetto:

Trattamento	Costo unitario	Q.tà	Totale Parziale	Sconto	Totale
Lettino ortostatico 30	€ 1050,00	1	€ 1050,00		€ 1050,00
Sconto				5%	€ -52.50
Abbuono					€ -0.50
Totale					€ 997.00

Tipo Pagamento	Importo	Data	Numero Rate	Importo Rate
Contanti	€ 997.00	02-02-2018	-	-

2. Per tutta la durata del programma e durante le ore di apertura il nostro Istituto metterà a Sua disposizione nei propri locali tutte le attrezzature e il personale specialistico necessario all'esecuzione del programma prescelto formulando i consigli necessari per il conseguimento dell'obiettivo pre ssato. Sarà Suo diritto fruire di tutte le prestazioni oggetto della presente proposta entro i termini concordati. Tuttavia, nel caso in cui dette prestazioni non fossero da Lei fruite entro i termini stabiliti per fatto a Lei imputabile, resta fra noi inteso che dovrà comunque pagare l'intero corrispettivo alle scadenze convenute.

3. Lei si impegna a pagare con puntualità il prezzo convenuto secondo i termini sopra indicati. Nel caso di pagamenti rateali Lei si impegna a versare il corrispettivo pattuito alle scadenze e da tale facilitazione decadrà al veri carsi di un ritardo, relativo a una sola rimessa, superiore a 15 (quindici) giorni con conseguente Suo obbligo di pagare subito l'intero corrispettivo ancora dovuto.

4. La invitiamo cortesemente a rispettare con puntualità gli orari e le date degli appuntamenti in quanto l'assenza a un appuntamento, se non comunicata con un preavviso di almeno 24 (ventiquattro) ore, comporterà la perdita del relativo trattamento e, nell'ipotesi di 5 (cinque) assenze consecutive, verrà meno ogni garanzia convenuta per contratto. In tale ipotesi il programma proseguirà senza garanzia, ferme tutte le altre condizioni.

5. Lei dichiara di essere pienamente informata dei trattamenti o erti dal nostro Istituto e, in particolare, Lei dovrà ottenere idonea certi cazione medico- sanitaria per sottoporsi al trattamento. Qualsiasi modi cazione del Suo stato di salute che dovesse renderLa inidonea a svolgere il programma successivo all'accettazione della presente proposta, il cui accertamento è riservato in via esclusiva a un medico da noi indicato, dovrà esserci immediatamente comunicata per iscritto, e la mancata o ritardata comunicazione non La esonera dall'obbligo di pagare il corrispettivo alle scadenze convenute. In caso di tempestiva comunicazione e previa Sua motivata richiesta, il contratto rimarrà sospeso sino al ristabilimento delle Sue condizione psicofisiche necessarie per la ripresa. La sospensione non potrà comunque superare i 12 (dodici) mesi, ferma l'acquisizione definitiva a favore dell'Istituto del corrispettivo già pagato.

6. Resta convenuto tra noi che il nostro Istituto è espressamente esonerato da ogni responsabilità concernente danni derivati dal furto, smarrimento, deterioramento, distruzione o sottrazione di Sue cose, oggetti o effetti personali portati nei locali dell'Istituto.

7. Qualsiasi modificazione al contenuto della presente proposta o al contratto che a seguito di accettazione di questa dovesse essere concluso dovrà essere stipulata per la sua validità o prova per iscritto.

8. Il nostro Istituto ha stipulato polizza R.C.D. con primaria compagnia di assicurazioni.

9. Per qualsiasi controversia derivante dal presente contratto che dovesse essere stipulato a seguito dell'accettazione della presente proposta resta espressamente convenuta fra noi la competenza del Foro di Forlì.

Qualora i patti e le condizioni sopra descritti siano di Suo gradimento, La preghiamo di restituirci la proposta da lei sottoscritta per accettazione.

L'istituto

La cliente - firma per accettazione

In particolare si sottoscrivono specificatamente gli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9

Forlì, 02-02-2018

La cliente - firma per accettazione

nouvELLE è un istituto di proprietà di First Ladies srl a socio unico  
capitale sociale 10.000,00 € i. v. • c. f. e p. i. 03983630405  
via Cervese 47 • 47122 Forlì • tel. 0543 774112 • www.nouvelle.fo.it

Gentile **Gabanini Simona**  
nata a **Cesena** il **04/01/1971**  
residente in cap **47034**  
indirizzo **via m. baldelli 34**  
tel.pers. **3478899333** tel.abit.  
email  
professione  
cf  
tipo rapporto **OM panettone 17**

Ci preghiamo di comunicarLe qui di seguito la nostra proposta concernente i patti e le condizioni alle quali il nostro Istituto le offre il "programma di dimagrimento".

1. Le caratteristiche del programma prescelto, la sua durata, le sue modalità, il suo prezzo e i termini di pagamento sono quelli descritti nel seguente prospetto:

Trattamento	Costo unitario	Q.tà	Totale Parziale	Sconto	Totale
Lettino ortostatico 30	€ 1050,00	1	€ 1050,00		€ 1050,00
Sconto				5%	€ -52.50
Abbuono					€ -0.50
Totale					€ 997.00

Tipo Pagamento	Importo	Data	Numero Rate	Importo Rata
Contanti	€ 997.00	02-02-2018	-	-

2. Per tutta la durata del programma e durante le ore di apertura il nostro Istituto metterà a Sua disposizione nei propri locali tutte le attrezzature e il personale specialistico necessario all'esecuzione del programma prescelto formulando i consigli necessari per il conseguimento dell'obiettivo pre ssato. Sarà Suo diritto fruire di tutte le prestazioni oggetto della presente proposta entro i termini concordati. Tuttavia, nel caso in cui dette prestazioni non fossero da Lei fruite entro i termini stabiliti per fatto a Lei imputabile, resta fra noi inteso che dovrà comunque pagare l'intero corrispettivo alle scadenze convenute.

3. Lei si impegna a pagare con puntualità il prezzo convenuto secondo i termini sopra indicati. Nel caso di pagamenti rateali Lei si impegna a versare il corrispettivo pattuito alle scadenze e da tale facilitazione decadrà al veri carsi di un ritardo, relativo a una sola rimessa, superiore a 15 (quindici) giorni con conseguente Suo obbligo di pagare subito l'intero corrispettivo ancora dovuto.

4. La invitiamo cortesemente a rispettare con puntualità gli orari e le date degli appuntamenti in quanto l'assenza a un appuntamento, se non comunicata con un preavviso di almeno 24 (ventiquattro) ore, comporterà la perdita del relativo trattamento e, nell'ipotesi di 5 (cinque) assenze consecutive, verrà meno ogni garanzia convenuta per contratto. In tale ipotesi il programma proseguirà senza garanzia, ferme tutte le altre condizioni.

5. Lei dichiara di essere pienamente informata dei trattamenti o erti dal nostro Istituto e, in particolare, Lei dovrà ottenere idonea certi cazione medico- sanitaria per sottoporsi al trattamento. Qualsiasi modi cazione del Suo stato di salute che dovesse renderLa inidonea a svolgere il programma successivo all'accettazione della presente proposta, il cui accertamento è riservato in via esclusiva a un medico da noi indicato, dovrà esserci immediatamente comunicata per iscritto, e la mancata o ritardata comunicazione non La esonera dall'obbligo di pagare il corrispettivo alle scadenze convenute. In caso di tempestiva comunicazione e previa Sua motivata richiesta, il contratto rimarrà sospeso sino al ristabilimento delle Sue condizione psicofisiche necessarie per la ripresa. La sospensione non potrà comunque superare i 12 (dodici) mesi, ferma l'acquisizione definitiva a favore dell'Istituto del corrispettivo già pagato.

6. Resta convenuto tra noi che il nostro Istituto è espressamente esonerato da ogni responsabilità concernente danni derivati dal furto, smarrimento, deterioramento, distruzione o sottrazione di Sue cose, oggetti o effetti personali portati nei locali dell'Istituto.

7. Qualsiasi modificazione al contenuto della presente proposta o al contratto che a seguito di accettazione di questa dovesse essere concluso dovrà essere stipulata per la sua validità o prova per iscritto.

8. Il nostro Istituto ha stipulato polizza R.C.D. con primaria compagnia di assicurazioni.

9. Per qualsiasi controversia derivante dal presente contratto che dovesse essere stipulato a seguito dell'accettazione della presente proposta resta espressamente convenuta fra noi la competenza del Foro di Forlì.

Qualora i patti e le condizioni sopra descritti siano di Suo gradimento, La preghiamo di restituirci la proposta da lei sottoscritta per accettazione.

L'istituto

La cliente - firma per accettazione

In particolare si sottoscrivono specificatamente gli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9

Forlì, 02-02-2018

La cliente - firma per accettazione