

MANDATO A CONCILIARE

Il/la sottoscritto/a

C.F./P.IVA

nato/a

il

residente in

alla via

telefono

fax

mail (PEC)

CAP

doc. di identità (*)

in qualità di

conferisce mandato a

cognome/nome

C.F./P.IVA

nato/a

il

residente in

alla via

telefono

fax

mail (PEC)

CAP

doc. di identità (*)

a depositare la domanda di avvio o del modulo di adesione alla procedura di mediazione successivamente indicata, ricevere comunicazioni ai recapiti innanzi illustrati, presenziare o a farsi sostituire agli incontri fissati per la procedura di mediazione successivamente indicata, nominare consulenti tecnici e fare quant'altro necessario per la migliore esecuzione del presente mandato, con ogni più ampia facoltà compresa quella di rinunciare agli atti, riscuotere e rilasciare quietanza, transigere e conciliare per importi illimitati, sottoscrivere i verbali della procedura richiamata (salvo eventuale accordo con parte avversa), il tutto secondo quanto previsto dal vigente Regolamento di Procedura di ADR Medicvita Institute alla sottoscrizione della presente scrittura, in nome e per proprio conto nella controversia fra:

e

avente ad oggetto (sintetica descrizione della controversia):

(luogo e data)

(firma autenticata/asseverata del mandante)

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati ad ADR Medicvita Institute acconsente al loro trattamento da parte dello stesso, nel rispetto della disposizioni del D.Lgs 196/2003. Ratifica e convalida sin da ora il suo operato, con dichiarazione espressa e consapevole.

(luogo e data)

(firma autenticata/asseverata del mandante)

Asseverazione: -----

Firma del mandatario: -----

(*) allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento