

ACCETTAZIONE della PROCEDURA DI MEDIAZIONE

PARTE CONVENUTA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F.: _____

Residente in _____ alla Via _____

CAP _____ Tel. _____ FAX _____

Documento d'identità _____ n° _____

e-mail _____ cell. _____

Titolare/legale rappresentante della ditta (da compilare se in rappresentanza di una persona giuridica)

Ragione Sociale _____

*Nella qualità di** _____

Indirizzo _____

Tel. _____ *FAX* _____

e-mail _____ *C.F./P.IVA* _____

() allegare documentazione da cui risulti il potere a conciliare del legale rappresentante*

dichiara di voler ricevere le comunicazioni relative alla procedura di mediazione esclusivamente ai numeri di telefono, fax, cellulare ed e-mail suindicati, anche dell'assistente, se previsto, ritenendo sin d'ora tali mezzi

ASSISTENTE

Assistita da _____

Con studio in _____ via _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____ PEC _____

ACCETTA

di procedere, in conformità al Regolamento di Procedura di **ADR MED**, al tentativo di mediazione proposto da:

PARTE ISTANTE

Il Sig./La Sig.ra _____ C.F. _____

nella qualità di (solo per persone giuridiche)

Residente in _____ alla Via _____

CAP _____ Tel. _____ FAX _____

e-mail _____

descrizione dei fatti che sono all'origine della controversia:

osservazioni sulla controversia in questione:

Il valore indicativo della controversia, ai soli fini della determinazione dell'indennità, è pari a
euro _____ (dico euro _____).

La controversia rientra nella tipologia di mediazione _____

MODALITÀ di PAGAMENTO

Le spese per l'avvio della procedura, pari a € 40,00 + iva (euro quarantotto/80), sono corrisposte nei seguenti modi:

- personalmente o a mezzo delegato presso l'Unità Locale ADR MED prescelta
- Bonifico bancario IBAN: IT95K0503015200000010052074
- Altra modalità di pagamento (*soggetto a verifica prima dell'avvio dell'istanza*)

Si allegano:

1. Ricevuta dell'avvenuto pagamento di euro 40,00 + iva (euro quarantotto/80) per l'avvio della procedura
2. _____
3. _____
4. _____

La **PARTE CONVENUTA**, con la sottoscrizione della presente, dichiara, altresì, di aver preso visione del Regolamento di Procedura di ADR MED e della Tabella delle Indennità, pubblicati sul sito www.adrmed.it e di accettarne integralmente il contenuto.

_____, _____/_____/_____
(luogo e data)

(firma controparte)

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati a ADR MED, acconsente al loro trattamento da parte della stessa, nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs 196/2003. Titolare del trattamento è **ADR MED**, con sede in Salerno, che si impegna a non diffondere i dati personali a soggetti indefiniti. I dati non verranno diffusi a terzi, se non per l'espletamento di obblighi previsti dalla normativa vigente. I dati personali raccolti, obbligatori per la gestione della procedura di mediazione, saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Tutti i dati forniti saranno comunicati al mediatore, a eventuali suoi assistenti, al personale amministrativo di **ADR MED**. I dati, ad eccezione delle dichiarazioni effettuate in occasione delle sessioni separate e "riservati al solo mediatore", potranno essere comunicati a tutte le altre parti coinvolte nella procedura. Eventuali richieste ex artt. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 196/03 dovranno essere inoltrate ad **ADR MED**, via V. Laspro, 23 - 84126 Salerno.

_____, _____/_____/_____
(luogo e data)

(firma controparte)

La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte e depositata, con gli allegati, presso una Segreteria delle sedi ADR MED, oppure inviata ad ADR MED a mezzo fax al numero: 089/3867805, oppure inviata via mail all'indirizzo: adrmed@pec.it - adrmedsrl@gmail.com.