

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Ufficio Accordi Contrattuali
vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it

Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a
legale rappresentante / Procuratore della struttura

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 8 – quinquies d.lgs. 502/92 per l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di

prelievi di sangue, prelievi microbiologici e per il ritiro di campioni di urina e feci, di campioni di diversi liquidi corporei e tamponi

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il triennio 2023-2025**

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 versione vigente:

di essere il legale rappresentante della struttura/società

PARTITA IVA.....

Sede legale invia.....n.

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail

DICHIARA inoltre

- che la struttura/società
è in possesso dell'accreditamento istituzionale per
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n.del
- che presso la struttura / il punto di prelievo nel Comune di
Via n. saranno erogate le
seguenti prestazioni:
- che presso la struttura / il punto di prelievo nel Comune di
Via n. saranno erogate le
seguenti prestazioni:

-
- che presso la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n. saranno erogate le seguenti prestazioni:
 - che presso la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n. saranno erogate le seguenti prestazioni:
 - che presso la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n. saranno erogate le seguenti prestazioni:
 - di accettare l'applicazione delle tariffe indicate nell'avviso;
 - di accettare che le strutture con le quali l'Azienda sanitaria sottoscriverà l'accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo con le altre strutture individuate, tramite il sistema di prenotazione aziendale - per le prestazioni a CUPP - basato sulla libera scelta da parte del cittadino e senza limite minimo di prestazioni garantito;
 - di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa pe rispondere alle necessità dell'Azienda Sanitaria;
 - di assicurare l'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) secondo la normativa vigente e laddove previsto;
 - che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/91 e alla Legge 662/1996;
 - di essere in possesso o di stipulare prima dell'accordo contrattuale una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
 - che la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n.
 - è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
 - dispone di un parcheggio di n. posti
 - che la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n.
 - è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
 - dispone di un parcheggio di n. posti
 - che la struttura / il punto di prelievo nel Comune di , Via n.

- è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
.....
- dispone di un parcheggio di n. posti
- che la struttura / il punto di prelievo nel Comune di
..... , Via n.
- è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
.....
- dispone di un parcheggio di n. posti
- che la struttura / il punto di prelievo nel Comune di
..... , Via n.
- è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
.....
- dispone di un parcheggio di n. posti
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione clinica delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativo e relativi alla qualità tecnica e medica delle prestazioni eseguite;
- di garantire per tutto il periodo di vigenza l'applicazione di disposizioni nazionali e provinciali in materia di contenimento e contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID 19;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, di eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda Sanitaria, ove necessario;
- di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente, pena la risoluzione del contratto;
- di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni dell'Avviso;
- di essere consapevole che il presente Avviso di Manifestazione di Interesse non costituisce necessariamente l'impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali.

Allegati:

- a) elenco del personale sanitario in servizio presso ciascun/a struttura / punto di prelievo in riferimento all'attività oggetto della domanda indicando data di nascita, codice fiscale, profilo professionale, numero d'iscrizione all'albo di riferimento e tempo di lavoro;
- b) modello organizzativo di erogazione delle prestazioni convenzionate ed eventuale flessibilità (indicare i giorni e l'orario d'apertura)
- c) caratteristiche tecniche delle apparecchiature tecnologiche se presenti;
- d) del numero delle prestazioni erogate in privato suddivise per cod. nomenclatore;

**Il/La sottoscritto/a,
consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la**

propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione risponde al vero. A tal fine allega copia valido di documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.

Data..... Firma