

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Ufficio Accordi Contrattuali  
[vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it](mailto: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

### prestazioni di ossigenoterapia iperbarica

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.....  
PARTITA IVA.....  
Sede legale in .....via.....n.....  
Sede della struttura in .....via.....n.....  
Indirizzo posta certificata.....  
Indirizzo e-mail .....

### DICHIARA inoltre

- che la struttura .....  
è in possesso dell'accreditamento istituzionale per .....  
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n. ....del .....
- che presso a struttura .....sita a .....  
in via ..... , saranno erogate le seguenti prestazioni di cui all'Avviso:.....
- di accettare l'applicazione della tariffa indicata 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 è raggiungibile con i mezzi pubblici ..... (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile);
  - che la Struttura 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 la Struttura 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;
- 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 .....