



MODULO RICHIESTA ADESIONE AL NETWORK

da compilare ed inviare a ufficioconvenzioni@ipaziaservice.it o in busta chiusa a: Ipazia Service srl - Via Maremmana 1- 00017 Acquaviva di Nerola (RM)

A. Dati identificativi del Richiedente

Tipologia della Struttura

Casa di Cura
 Poliambulatorio
 Centro Diagnostico
 Studio Odontoiatrico
 Centro Veterinario
 Altro

STRUTTURA		RAGIONE SOCIALE		
P.IVA / C.F.		E-MAIL LEGALE RAPPR.		
INDIRIZZO SEDE				
CITTA'		CAP	PROVINCIA	
TELEFONO CENTRALINO		FAX (per gestione pratiche)		
TELEFONO UFFICIO CONVENZIONI (Diretto)		PERSONA RESPONSABILE		
GIORNI E ORARI DI CONTATTO				
LUN	MAR	MER	GIO	VEN
TELEFONO INTERLOCUTORE TRATTATIVA CONTRATTUALE		E-MAIL INTERLOCUTORE TRATTATIVA CONTRATTUALE		

EVENTUALI SEDI SECONDARIE

INDIRIZZO SEDE				
CITTA'		CAP	PROVINCIA	
TELEFONO CENTRALINO		FAX (per gestione pratiche)		
E-MAIL		PERSONA RESPONSABILE		

B. informazioni importanti

1. Compilare un modulo per ogni struttura o gruppo di strutture; i campi sottolineati sono obbligatori; compilando il presente modulo di richiesta il firmatario si assume la responsabilità della veridicità dei dati forniti e che è nel potere di fornirli in virtù di titolarità o di autorizzazione;
2. Il presente modulo di candidatura non è vincolante per le parti e costituisce semplicemente una richiesta di ulteriore approfondimento della trattativa di convenzionamento al Network di strutture sanitarie di Ipazia Service S.r.l.;
3. E' fatto salvo il diritto sia di Ipazia Service S.r.l. che della struttura firmataria di non aderire per qualsivoglia motivazione al contratto di convenzione.

LUOGO e DATA	FIRMA del RICHIEDENTE
--------------	-----------------------

C. Consenso al Trattamento dei Dati

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione della presente richiesta a Ipazia Service S.r.l. e/o a Società da essa incaricata, e nei limiti delle competenze della stessa esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

LUOGO e DATA	FIRMA del RICHIEDENTE
--------------	-----------------------