

MODULO DI REGISTRAZIONE

Si prega di compilare il modulo di registrazione in ogni sua parte (*campi obbligatori).

Dati dell'ospedale

Struttura ospedaliera

| | |
|---|--|
| Codice identificativo struttura* | |
| Nome ospedale* | |
| Indirizzo* | |
| CAP* | |
| Comune* | |
| Provincia* | |
| Regione* | |
| Telefono* | |
| E-mail generica <i>(non inserire indirizzo PEC)</i> | |
| Sito web | |

Allegare la lettera di accettazione timbrata e firmata dal Direttore Generale della struttura e un'immagine della struttura in formato JPEG (*max 1 Mb*)

Posti letto e volume di attività *(relativi al 2016)*

| | |
|---|--|
| Totale posti letto accreditati* | |
| Numero di ricoveri ordinari* | |
| Numero di ricoveri in day hospital* | |
| Numero di ricoveri in day surgery* | |
| Numero di accessi nel DEA Dipartimento Emergenza e Accettazione | |

Direttore Generale

| | |
|------------|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |

Direttore Sanitario

| | |
|------------|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |

Direttore Socio Sanitario

| | |
|-----------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Indirizzo | |
| Comune | |
| CAP | |
| Provincia | |
| Telefono | |
| E-mail | |

Referente Bollini Rosa

| | |
|---|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Qualifica/Ruolo* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| Secondo telefono | |
| Cellulare | |
| E-mail* (le comunicazioni inerenti alla candidatura saranno inviate solo a questo indirizzo mail) | |
| E-mail aggiuntive facoltative (es. Ufficio Stampa) | |
| | |
| | |

3

Referente Amministrativo

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Ufficio* (es. Contabilità/Ragioneria) | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |

Dati per la fatturazione

Indicare la tipologia di struttura:

Pubblica

Privata Convenzionata

| | |
|--|--|
| Codice identificativo struttura* | |
| Ragione sociale* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| P.IVA* | |
| Codice Fiscale | |
| E-mail strutture pubbliche* (per il recapito di una copia della fattura che sarà inviata al sistema di interscambio) | |
| E-mail strutture private* (per il recapito della fattura) | |

La compilazione dei seguenti campi è obbligatoria SOLO per le strutture pubbliche - vedi DL 66/2014 sull'obbligo di fatturazione elettronica.

| | |
|--|--|
| Codice Identificativo Struttura* | |
| Documento emesso in seguito a* (verificare con la propria amministrazione se è stato emesso un documento tra i primi tre elencati. In caso contrario selezionare l'opzione 'nessuno dei precedenti') | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> Ordine d'acquisto <input type="checkbox"/> Contratto <input type="checkbox"/> Convenzione <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti |
| Numero del documento* (se nel campo 'Documento emesso in seguito' è stato indicato 'nessuno dei precedenti' non è necessario compilare questo campo) | |
| Data dell'ordine/contratto o altro documento* (se nel campo 'Documento emesso in seguito' è stato indicato 'nessuno dei precedenti' non è necessario compilare questo campo) | |
| CUP (Codice Unico di Progetto) | |
| CIG (Codice Identificativo di Gara) | |
| Codice univoco PA (verificare la corretta compilazione del campo 'Codice univoco PA' per garantire la corretta consegna della fattura elettronica. Si ricorda che il codice univoco non deve contenere spazi, ma solo lettere e/o numeri e deve essere scritto in carattere maiuscolo) | |