

# SCHEDA DI ADESIONE AL CONVENZIONAMENTO

## DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

**Ragione sociale sede amministrativa\*** \_\_\_\_\_

CF\* \_\_\_\_\_ P. IVA\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_

Cap\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov\* \_\_\_\_\_

Telefono\* \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_

E.mail\* \_\_\_\_\_ PEC\* \_\_\_\_\_

Autorizzazione sanitaria\*\* n° \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Ragione sociale 1° sede operativa** \_\_\_\_\_  
(se diversa da sede amministrativa)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Autorizzazione sanitaria\*\* n° \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Ragione sociale 2° sede operativa** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Autorizzazione sanitaria\*\* n° \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Ragione sociale 3° sede operativa** \_\_\_\_\_





Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Autorizzazione sanitaria\*\* n° \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Indicare gli accordi per cui si richiede la convenzione**

		Sede amministrativa	Sede operativa 1	Sede operativa 2	Sede operativa 3
	Analisi cliniche ed accertamenti diagnostici				
	Ricoveri medici e chirurgici				
	Cure odontoiatriche				
	Terapie fisiche e riabilitative				

N.B. In caso di più sedi operative allegare altre schede.

**(\*) I CAMPI CON L'ASTERISCO SONO OBBLIGATORI**

**(\*\*) LA/LE AUTORIZZAZIONI SANITARIE DEVONO ESSERE ALLEGATE AL PRESENTE MODULO**