

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Protocollo	
Data ordine	

Fornitore Aggiudicatario

OGGETTO: SERVIZIO DI REGISTRAZIONE ED ELABORAZIONE DEI DATI CONTENUTI NELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE

Il sottoscritto _____, Cod. Fiscale _____, in qualità di _____ per _____ (l'Azienda Sanitaria) _____, codice fiscale o P.IVA (dell'ASL) _____ con sede in _____, _____, telefono _____, fax _____, e-mail _____

- vista la “Convenzione per la fornitura di servizio di registrazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte attivata il _____ ai sensi ai sensi della L.R. n. 19 del 6 agosto 2007, dalla S.C.R.- Piemonte S.p.A. con _____;
- considerati i termini, le modalità e le condizioni tutte stabilite nella Convenzione

DICHIARA

- di aderire alla Convenzione e a tutte le condizioni normative ed economiche ivi previste;
- che il numero di ricette/moduli da registrare ed elaborare riportati in Allegato sono stati dedotti dai dati storici a disposizione dell'Amministrazione;
- di nominare Direttore dell'esecuzione del contratto (D.E.C.) il dott. _____, Dirigente _____;
- che procederà al pagamento delle Fatture relative all'erogazione del servizio tramite:

Bonifico Bancario

Rapporto Interbancario Diretto (RID)

RICHIEDE

- la fornitura del servizio di registrazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche dell'Azienda Sanitaria _____ fino al _____, ai sensi e per gli effetti della normativa sopra richiamata nonché delle disposizioni tutte di cui alla predetta Convenzione, per il numero di ricette/moduli indicato in allegato;
- l'esecuzione del servizio opzionale di registrazione ed elaborazione dei dati presenti sui buoni acquisto farmaci ad azione stupefacente/psicotropa, per il numero di buoni indicato in allegato

SI

NO

- l'esecuzione del servizio opzionale di registrazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle ricette veterinarie, per il numero di ricette indicato in allegato

SI

NO

- l'esecuzione del servizio opzionale di archiviazione fisica delle ricette/moduli a partire dall'anno _____, per un numero di ricette indicate in allegato, e per le ricette/moduli

oggetto di registrazione ed elaborazione nel corso dell'esecuzione del servizio in
Convenzione

SI

NO

Le fatture relative alla presente richiesta di Attivazione del servizio dovranno essere
intestate a:

_____,
_____,

ed inviate a

_____,
_____,

Per eventuali comunicazioni contattare:

Direttore dell'esecuzione del contratto

Tel.: _____,

Fax: _____,

e-mail: _____,

Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale

Tel.: _____,

Fax: _____,

e-mail: _____,

NOTE:

Avendo preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/03 e s.m.i. contenute nella Convenzione sopra citata, l'Amministrazione Contraente, aderendo alla Convenzione con l'emissione della richiesta di Attivazione del servizio, autorizza il Fornitore nonché la S.C.R.-Piemonte al trattamento dei propri dati personali.

Torino , _____

per l'Azienda Sanitaria Contraente

Allegato:

1. Quantità ricette/moduli
