

**FAC-SIMILE RICHIESTA ISCRIZIONE nell'ELENCO REGIONALE FORNITORI
SEZIONE ATS BRESCIA**

(da redigere su carta intestata della DITTA)

Spett.le ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 – BRESCIA
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO: Richiesta di iscrizione all'Elenco Regionale Fornitori di protesi, ortesi, ausili di cui all'Elenco 1 dell'Allegato 5 del DPCM 12.01.2017 – Sezione ATS Brescia.

Il/la sottoscritto/a _____, legale rappresentante
della Ditta _____,
sita in via _____
Comune di _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
telefono _____ e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

per il punto vendita sito nel Comune di _____ Via e n. _____
l'iscrizione all'Elenco Regionale Fornitori di protesi, ortesi, ausili di cui all'Elenco 1 dell'Allegato 5 del DPCM 12.01.2017 – Sezione ATS Brescia. A tal fine dichiara, in attesa di nuove determinazioni regionali in ordine ai criteri di accreditamento da emanarsi ai sensi del DPCM 12.01.2017:

- di accettare per le sue forniture/prestazioni, in attesa di nuove determinazioni regionali, il pagamento del prezzo di riferimento integrale così come riportato a fianco di ciascun dispositivo nel DM 332/99 con integrazione del 9% per i dispositivi elenco 1 prevista dalla DGR n. 20154 del 23/12/2004 pubblicata sul BURL n. 2 del 10 gennaio 2005;
- di procedere alle fasi di lavorazione dei DISPOSITIVI SU MISURA (ELENCO 1) secondo quanto indicato nel DPCM 12.01.2017 in applicazione a quanto previsto dall'allegato VII e VIII del D. Lgs 46/97 Attuazione della Direttiva 93/42/CEE;
- di assicurare che i DISPOSITIVI PREDISPOSTI rispondano ai requisiti essenziali indicati nella direttiva 93/42/CEE, siano muniti della dichiarazione di conformità CE e relativa fascicolazione tecnica prevista dall'Allegato VII di tale direttiva e rechino la marcatura CE, etichettatura e istruzioni d'uso;
- di assicurare il servizio post vendita (follow-up) e la segnalazione di incidenti anche per i dispositivi su misura come disposto dalla Direttiva 47/2007/CE recepita dal decreto legislativo 25 gennaio 2010 n. 37 in vigore dal 21 marzo 2010;
- di aderire al "Codice di comportamento" dell'ATS di Brescia approvato con Decreto del Direttore Generale n. 510 del 12.10.2018 disponibile nella Sezione "Amministrazione Trasparente <Disp. Generali <Atti generali <Atti generali – Provvedimenti inerenti l'organizzazione e la programmazione dell'agenzia" del sito Internet aziendale (<http://www.ats-brescia.it>), del quale ha preso visione;
- di osservare le norme in tema di pubblicità dei dispositivi medici che possono essere messi in commercio soltanto su prescrizione medica;
- di accettare integralmente le modalità di fornitura agli assistiti stabilite dal Nomenclatore Tariffario di cui al DPCM 12.01.2017;

**FAC-SIMILE RICHIESTA ISCRIZIONE nell'ELENCO REGIONALE FORNITORI
SEZIONE ATS BRESCIA**

(da redigere su carta intestata della DITTA)

- di accettare ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 231 del 9 Ottobre 2002, il termine di pagamento di rimessa diretta entro 60 gg. data ricevimento fattura, pattuito per le prestazioni e/o forniture effettuate, previo controllo e verifica della fornitura erogata nonché le verifiche di legge;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Farmaceutico di ATS ogni eventuale variazione dei dati di cui alle schede allegate nel tempo più breve possibile e comunque entro 7 giorni dall'avvenuta variazione, nonché qualsiasi altra modifica intervenuta nella conduzione dell'attività – strutturale o organizzativa;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere contenute nella presente e nelle schede allegate, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

Allega le seguenti autocertificazioni datate e firmate dal Legale Rappresentante:

1. scheda anagrafica - generale
2. attività e prestazioni erogate - generale
3. requisiti minimi documentali ed organizzativi - generale
4. requisiti minimi funzionali - generale
5. requisiti minimi strutturali - specifici per tipo di azienda
6. requisiti minimi attrezzature - specifici per tipo di azienda
7. dichiarazione di presa visione e accettazione del Codice di comportamento dell'ATS di Brescia
8. copia nomina percorso protesico on-line (solo per tecnico diverso dal titolare della Ditta)
9. copia documento d'identità dell'istante.

Il sottoscritto conferisce espressamente il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili, che avverrà ai sensi del Regolamento UE 679/2016 ai fini della gestione ed esecuzione economica ed amministrativa della fornitura protesica.

Data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
