

ALLEGATO A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per la reperibilità di spazi esterni per attività aziendali in Libera Professione Intramoenia per la disciplina specialistica di Ginecologia e Ostetricia (Modulo di adesione)

Il/la sottoscritto/a _____ nata/o a _____
il _____ in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della Struttura
sanitaria _____ con sede legale
in _____ Via _____ n. _____ P.IVA
_____ C.F. _____ PEC _____
MAIL _____ TEL _____

Visto L'AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per la reperibilità di spazi esterni per attività Aziendali in Libera Professione Intramoenia nella disciplina specialistica di Ginecologia e Ostetricia

DICHIARA di voler mettere a disposizione gli spazi ambulatoriali, da destinare ad attività libero professionale dei medici dipendenti AOUPR, conformemente a tutti i requisiti richiesti e indicati nell'Avviso, per la disciplina specialistica di GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

Il sottoscritto **DICHIARA**, inoltre, sotto la propria responsabilità, che la Struttura sanitaria:

- al momento della presentazione della manifestazione di interesse, è in possesso dei requisiti di cui all'*art.80 del D.lgs. n. 50/2016 (CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI)* e, pertanto, di non essere destinataria di misure e/o provvedimenti dai quali deriva l'incapacità a contrarre con la P.A. ai sensi della stessa norma;
- non è convenzionata, nemmeno PARZIALMENTE, con il SSN.

Dettaglio sulla capacità di offerta della Struttura sanitaria:

SPAZI (INDICARE IL NUMERO DEGLI AMBULATORI DISPONIBILI PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ E DESCRIVERNE CARATTERISTICHE E TIPOLOGIA):

.....
.....
.....
.....
.....

STRUMENTAZIONE TECNOLOGICA MEDICA AVENTI CARATTERISTICHE UGUALI O SUPERIORI A QUELLE RICHIESTE:

.....

.....
.....
.....
.....

CONDIZIONI ECONOMICHE RICHIESTE (QUOTA FISSA DA AGGIUNGERSI ALLA
TARIFFA AZIENDALE):

QUOTA FISSA: _ _ _ _ _ (IN LETTERE), oltre IVA in misura di legge.

SERVIZI:

.....
.....
.....
.....
.....

EVENTUALI SERVIZI COMPLEMENTARI E AGGIUNTIVI (in aggiunta a quelli indicati nel
presente Avviso):

.....
.....
.....
.....
.....

Il Legale Rappresentante della Struttura

Luogo e data

La presente dichiarazione deve essere sottoscritta e inoltrata all'Amministrazione proponente unitamente a un documento in corso di validità del dichiarante.

Il dichiarante è tenuto, inoltre, a comunicare eventuali modifiche e/o integrazioni alla presente dichiarazione rilevanti nel periodo di validità della Convenzione eventualmente stipulata.

Trattamento dei dati

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di Titolare del trattamento, informa le Strutture sanitarie interessate che, ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679, i dati forniti dalle stesse, o acquisiti d'ufficio, saranno raccolti presso il Settore libera professione, anche in banca dati automatizzata, per le finalità inerenti alla gestione della procedura e saranno trattati dal medesimo Settore anche successivamente, a seguito di eventuale instaurazione di rapporto convenzionale, per la gestione dello stesso.

L'indicazione dei dati richiesti è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e degli artt. 15 e seguenti del GDPR 2016/679, gli aderenti al presente Avviso hanno diritto di accedere ai dati che li riguardano e di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, nonché la cancellazione di dati non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. Le strutture sanitarie interessate possono, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.