

(da redigere su carta intestata dell'azienda)

Spett.le ATS Montagna
SC Accreditamento e controllo strutture
sanitarie
Via N. Sauro 36/38
23100 Sondrio
PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it

OGGETTO: ISTANZA DI ISCRIZIONE/VARIAZIONE all'Elenco Regionale Fornitori di protesi, ortesi, ausili di cui all'Elenco 1 dell'Allegato 5 del DPCM 12.01.2017 – Sezione ATS Montagna.

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a Via n.
tel. e-mail PEC,
In qualità di legale rappresentante della Società
sita in via
Comune di
codice fiscale partita IVA
iscritta nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di n° del
telefono e-mail PEC

CHIEDE

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 Montagna per:

nuova sede/filiale (denominazione/indirizzo/n. civico/Comune):

.....
.....

variazione sede (numero filiale/denominazione/indirizzo/n. civico/Comune):

Filiale n.
da:
a:

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 - 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- 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 DM 332/99 e 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 e s.m.i.;

(da redigere su carta intestata dell'azienda)

- di assicurare che i DISPOSITIVI PREDISPOSTI rispondano ai requisiti essenziali indicati nella direttiva 93/42/CEE recepita dal d.lgs. 46/97, siano muniti della dichiarazione di conformità CE e relativa fascicolazione tecnica prevista dall'Allegato VII di tale direttiva e recino 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 e s.m.i.;
- 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 DM 332/99;
- di aderire al "Codice di comportamento" dell'ATS Montagna, approvato con Deliberazione n.442 del 18/12/2024 disponibile nella Sezione "Amministrazione Trasparente del sito Internet aziendale al seguente link https://albopretorio.ats-montagna.it/web/trasparenza/papca-ap?p_p_id=jcitygovalbopubblicazioni_WAR_jcitygovalbiportlet&p_p_lifecycle=2&p_p_state=popup&p_p_mode=view&p_p_resource_id=downloadAllegato&p_p_cacheability=cacheLevelPage&jcitygovalbopubblicazioni_WAR_jcitygovalbiportlet_downloadSigned=true&jcitygovalbopubblicazioni_WAR_jcitygovalbiportlet_id=24612&jcitygovalbopubblicazioni_WAR_jcitygovalbiportlet_action=mostraDettaglio&jcitygovalbopubblicazioni_WAR_jcitygovalbiportlet_fromAction=recuperaDettaglio e del quale ha preso visione;
- 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 SC Accredimento e controllo strutture sanitarie di ATS Montagna 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.
- che le copie dei documenti allegate alla presente istanza sono conformi agli originali

ALLEGA

I seguenti documenti datati e firmati dal Legale Rappresentante:

(DA SCARICARE DALLA PAGINA WEB DI ATS MONTAGNA)

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 sostitutiva di atto di notorietà
8. dichiarazioni antimafia
9. Dichiarazione del L.R. di adesione al Codice di comportamento di ATS Montagna

ulteriori documenti da allegare

(da redigere su carta intestata dell'azienda)

- Copia documento d'identità dell'istante (Legale Rappresentante);
- Copia di licenza commerciale comunale/SCIA/SUAP;
- Copia della nomina del responsabile del percorso protesico on line, sottoscritta dal L.R.;
- Estratto del documento relativo al "Sistema di gestione dei dati personali", ai sensi del Codice Privacy D. Lgs. 196/2003, come modificato dal Regolamento UE 2016/679 (n.b. la richiesta attiene alle procedure aziendali messe in atto per la tutela dei dati personali e non alla mera trasmissione del modulo per il consenso al trattamento degli stessi);
- Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), art. 28 D. Lgs. 81/08 e s.m.i.;
- Organigramma aziendale (esposto al pubblico), datato e firmato dal L.R.;
- Copia documento identità del/i tecnico/i (in corso di validità);
- Copia/autocertificazione (art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445) del titolo abilitante alla professione del/i tecnico/i;
- Certificazione dell'Ordine Professionale di appartenenza del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo (crediti ECM) dei trienni conclusi per tecnico/i (solo per ortopedico e audioprotesista);
- Planimetria riportante la pianta e la sezione degli ambienti, regolarmente assentita dal Comune, integralmente quotata, riportante le specifiche destinazioni d'uso, le superfici minime nette dei locali e i relativi rapporti aero-illuminanti, firmata dal committente e dal progettista;
- Dichiarazione di presenza di barriere architettoniche e soluzioni adottate per il loro superamento ovvero dichiarazione di assenza di barriere architettoniche;
- Certificato di agibilità dell'immobile;

Luogo e data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679 del 27.4.2016 e del D.Lgs. n. 196/2003, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018 e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
