

CONVENZIONE DI ACCREDITAMENTO PRESTAZIONI MEDICINA DEL LAVORO

Il sottoscritto nato il a ed ivi residente alla Via n° (C.F.:) in qualità di medico specialista in, iscritto all'Ordine dei Medici di..... con il nr., nonché all'Albo nazionale dei Medici Competenti, nell'ambito della mia attività professionale di medico del lavoro ai sensi del Dlgs. 81/08m

chiede

di avvalersi in regime privato e a pagamento dei servizi e delle prestazioni specialistiche (esami di laboratorio, esami radiografici, visite specialistiche, esami ecografici ed altri accertamenti diagnostici) erogate da codesta struttura.

A tal fine

- allega copia della iscrizione all'Ordine dei Medici e all'Albo nazionale dei Medici Competenti;
- allega copia degli incarichi di medico competente conferitigli ed in relazione ai quali, intende avvalersi dei Vostri servizi;
- indica i seguenti recapiti telefonici nonché l'indirizzo mail cui trasmettere i referti medici (.....);
- allega il profilo degli esami di laboratorio, radiografici etc. distinti per tipologia di mansione del dipendente;
- si impegna a comunicare preventivamente all'indirizzo mdl@casarimedio.it i nominativi e i relativi dati anagrafici dei dipendenti che dovranno di volta in volta sottoporsi agli esami richiesti avendo cura di precisare per ognuno il profilo diagnostico da applicare e la ditta/società/ente di appartenenza;
- dichiara di aver acquisito, previa ampia ed esaustiva informativa, l'autorizzazione ai sensi del Dlgs. 196/03 al trattamento dei dati personali e sensibili che saranno acquisiti al fine di rendere correttamente le prestazioni sanitarie richieste;
- solleva la Casa di Cura Madonna del Rimedio S.p.A. da ogni responsabilità civile e penale e/o dalla richiesta di risarcimento per danni eventualmente lamentati in relazione ai dati trattati in particolare con riguardo alla consegna dei referti in sue mani;
- dichiara di aver preso visione del nomenclatore e del tariffario applicato come condizione di maggior favore riservatagli;
- precisa, ai fini della fatturazione, la seguente intestazione;
- si impegna a provvedere al pagamento a pronti di quanto dovuto previo ricevimento di relativa fattura.

Data.....

Il Medico Dr.
Timbro e Firma