

Per le strutture del network Bollini Rosa 2020-2021: per agevolare la compilazione del modulo di registrazione online alcuni campi sono stati precompilati (dati ospedale e dati fatturazione) con i dati attualmente disponibili. Vi chiediamo la cortesia di controllarli nel dettaglio e laddove necessario di modificarli con quelli corretti.

I campi contrassegnati con l'asterisco sono tutti obbligatori.

Dati ospedale

Codice ministeriale	
Nome ospedale* (<u>ATTENZIONE</u> → inserire il nome completo della struttura ospedaliera preceduto da quello dell'Azienda di appartenenza amministrativa – es: ASL, USL, ASST, ecc.)	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
E-mail generica (<u>ATTENZIONE</u> → questa mail sarà pubblicata nella scheda della struttura sul sito dei Bollini Rosa e sarà quindi a disposizione dell'utenza - non inserire un indirizzo PEC)	
Sito WEB	
Totale posti letto accreditati*	

Allegare → un'immagine dell'ospedale in formato JPEG (max 5 Mb) e il regolamento timbrato e firmato dal Direttore Generale e in formato PDF.

Dati Direttore Generale (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Telefono*	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail	

Dati Direttore Sanitario (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Telefono*	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. Direzione Sanitaria di Presidio)	

Dati Direttore Socio-Sanitario (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome	
Cognome	
Indirizzo	
CAP	
Comune	
Provincia	
Telefono	
Cellulare	
E-mail	
Altra e-mail	

Dati Referente Bollini Rosa (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni di materiale da parte di Fondazione Onda durante il biennio di validità dei bollini conseguiti)

Nome*	
Cognome*	
Ruolo*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Telefono*	
Secondo telefono	
Cellulare	
E-mail* (<u>ATTENZIONE</u> → <u>importante per la candidatura al Bando e per comunicazioni da parte di Fondazione Onda</u>)	
Altre e-mail (es. ufficio stampa/comunicazione, segreterie)	

Dati Referente Ufficio Stampa/Comunicazione (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Telefono*	
Secondo telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail	

Dati Referente URP (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Telefono*	
Secondo telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail	

Dati Referente amministrativo (ATTENZIONE → i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda per eventuali chiarimenti sulla fatturazione/pagamento della quota di partecipazione al Bando)

Nome*	
Cognome*	
Ufficio* (es. Contabilità/Ragioneria)	
Telefono*	
E-mail*	
Altra e-mail	

Dati fatturazione

Codice ministeriale	
Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
Aliquota IVA* <i>(modificare il valore solo in caso di applicazione di altri regimi IVA diversi dal 22%)</i>	
Riferimento normativo <i>(indicare il riferimento normativo solo se è stata modificata l'aliquota IVA)</i>	

Indicare la tipologia di struttura:

- Pubblica**
- Privata convenzionata**

Per le strutture pubbliche

Codice Univoco PA fatturazione elettronica* <i>(è un codice composto da 6 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo)</i>	
Indirizzo PEC	
Numero dell'ordine di acquisto <i>(verificare con la propria amministrazione se la struttura ha l'obbligo di emissione dell'ordine d'acquisto e inviarlo al seguente indirizzo PEC amministrazione.onda@pec.net oppure con il codice ID Peppol 9907:05041450965)</i>	
Data ordine	
CUP <i>(Codice Unico di Progetto)</i>	
CIG* <i>(Codice Identificativo di Gara)</i>	
Esigibilità IVA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> Immediata (Art. 6 comma 5 primo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> Differita (Art. 6 comma 5 secondo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> Split payment (Art. 17-ter DPR 633/72)

Per le strutture private

Codice destinatario per la fatturazione elettronica* <i>(è un codice composto da 7 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo. Verificare se il proprio Ente ne è in possesso. Solo in caso contrario digitare sette zeri 0000000)</i>	
Indirizzo PEC <i>(se non si possiede il Codice destinatario è obbligatorio indicare l'indirizzo PEC registrato per ricevere le fatture elettroniche)</i>	
Note <i>(indicare eventuali esigenze particolari solo relative alla fatturazione – es. applicazione dello SPLIT PAYMENT)</i>	