



**Network
Bollini Rosa
2020-2021**

Candidatura al bando **MODULO DI REGISTRAZIONE**

I campi contrassegnati con l'asterisco sono tutti obbligatori.

Per gli ospedali con i Bollini Rosa 2018-2019: per agevolare la compilazione del modulo di registrazione, nella versione online i campi sono già stati precompilati da Onda con le informazioni attualmente disponibili. Vi chiediamo gentilmente di controllarle nel dettaglio e laddove necessario di modificarle con quelle corrette.

DATI GENERALI

Struttura ospedaliera

| | |
|--|--|
| Codice identificativo struttura | |
| Nome ospedale* | |
| Indirizzo* | |
| CAP* | |
| Comune* | |
| Provincia* | |
| Regione* | |
| Telefono* | |
| E-mail generica <i>(non inserire indirizzo PEC - questa mail sarà pubblicata nella scheda dell'ospedale sul sito dei Bollini Rosa e sarà quindi a disposizione dell'utenza)</i> | |
| Sito WEB | |
| Totale posti letto accreditati* | |

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

QUESTO E' UN FAC-SIMILE. VERRA' ACCETTATA SOLO LA REGISTRAZIONE ONLINE





Network Bollini Rosa 2020-2021 MODULO DI REGISTRAZIONE



Direttore Generale (i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro)

| | |
|-------------------|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |

Direttore Sanitario (i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro)

| | |
|-------------------|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |

Direttore Socio-Sanitario (i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro)

| | |
|------------------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Indirizzo | |
| Comune | |
| CAP | |
| Provincia | |
| Telefono | |
| E-mail | |





Network Bollini Rosa 2020-2021 MODULO DI REGISTRAZIONE



Referente Bollini Rosa (i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni di materiale da parte di Onda nel corso del biennio di validità dei bollini conseguiti)

| | |
|---|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Qualifica* | |
| Indirizzo* | |
| Comune* | |
| CAP* | |
| Provincia* | |
| Telefono* | |
| Secondo telefono | |
| Cellulare | |
| E-mail* (<i>importante per la partecipazione al Bando e per l'invio delle comunicazioni sulle attività di Onda durante il biennio</i>) | |
| E-mail aggiuntive facoltative (<i>es. Ufficio stampa</i>) | |

Referente Amministrativo (i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Onda per eventuali chiarimenti in merito alla fatturazione/pagamento della quota di partecipazione al Bando)

| | |
|---|--|
| Nome* | |
| Cognome* | |
| Ufficio* (<i>es. Contabilità/Ragioneria</i>) | |
| Telefono* | |
| E-mail* | |





DATI FATTURAZIONE

| | |
|---|--|
| Codice identificativo struttura | |
| 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>solo se è stata modificata l'aliquota IVA, indicare il riferimento normativo</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 | |
| Documento emesso in seguito a*: (<i>verificare con la propria amministrazione se è stato emesso un documento tra i primi tre elencati. In caso contrario selezionare l'opzione 'nessuno dei precedenti'</i>) | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> Ordine d'acquisto <input type="checkbox"/> Contratto <input type="checkbox"/> Convenzione <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti |
| Numero del documento* (<i>se nel campo 'Documento emesso in seguito a' è stato indicato 'nessuno dei precedenti' questo campo non è più necessario e viene quindi disattivato</i>) | |
| Data dell'ordine/contratto o altro documento* (<i>se nel campo 'Documento emesso in seguito a' è stato indicato 'nessuno dei precedenti' questo campo non è più necessario e viene quindi disattivato</i>) | |
| CUP (Codice Unico di Progetto) | |
| CIG (Codice Identificativo di Gara) | |
| 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> | |

FAC-SIMILE

