

Da compilare a cura dell'Associazione

Data di ammissione _____

Prot. n. _____

DOMANDA DI AMMISSIONE

La preghiamo di voler compilare con cura tutte le seguenti voci in stampatello

Denominazione della
Istituzione Sanitaria: _____

Anno inizio attività _____

Tipo di struttura
(individuale o societaria) _____ Tipo di società _____

P.IVA della struttura _____

N° Iscrizione Camera Commercio _____ di _____ Data Iscrizione _____

Sede operativa:
Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

n. telefonico (_____) _____ n. telefax (_____) _____

Sito Internet: _____ E - mail: _____

Legale Rappresentante _____ cell. _____

Indirizzo del Legale Rappresentante:
Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Direttore Tecnico _____ Direttore Sanitario _____

A.S.L. di appartenenza N°: _____ Distretto N°: _____

Indirizzo A.S.L.
Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Indirizzo Distretto
Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

N. dipendenti: _____ N. dei collaboratori e/o consulenti: _____

Tipo di contratto di lavoro applicato: _____

Eventuale iscrizione ad altre

Associazioni di categoria: _____

Richiesta dati per servizi associativi

Nominativo del referente della struttura (anche due) _____
Indirizzo email dove si desidera ricevere informazioni _____
Numero di cellulare dove si desidera ricevere informazioni urgenti anche tramite sms _____

ATTIVITA' ESERCITATA

DALLA STRUTTURA:

IN REGIME DI ACCREDITAMENTO

IN REGIME STRETTAMENTE PRIVATISTICO

- *Laboratorio:*

- | | | |
|---|-----|-----|
| • Laboratorio di Analisi tipo B e settori aggregati specializzati | () | () |
| • A1 | () | () |
| • A2 | () | () |
| • A3 | () | () |
| • A4 | () | () |
| • A5 | () | () |
| • A6 | () | () |
| • RIA | () | () |

- *Diagnostica per Immagini:*

- | | | |
|-----------------------------|-----|-----|
| • Medicina Nucleare in Vivo | () | () |
| • Radiologia | () | () |
| • Ecotomografia | () | () |
| • R.M.N. | () | () |
| • T.A.C. | () | () |

- *Medicina Fisica e Riabilitazione:*

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Ex art. 44 L. n. 833/78 | () | () |
| • Ex art. 26 L. 833/78 e L.R. n. 11/84 | () | () |

- *Medicina del Lavoro*

() ()

- *Poliambulatorio (specialità a visita con strumentazione):*

() ()

_____ () ()

_____ () ()

- *Altri tipi di Diagnostica Strumentale non riportati sopra:*

_____ () ()

_____ () ()

- *Emodialisi*

() ()

- *Branca(e) a Visita(e), specificare:*

_____ () ()

_____ () ()

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Nazionale e Regionale, del Codice di Autoregolamentazione utilizzando il sito internet www.anisap.net, dell'importo annuale della quota associativa di **Euro 1.250,00** e che solo per il primo anno viene fissato in **Euro 500,00 per i nuovi iscritti**, le relative modalità di versamento nonché degli obiettivi e finalità dell'Associazione, si impegna:

- alla scrupolosa osservanza delle norme statutarie (in particolare dell'art. 4 Statuto), del Codice di Autoregolamentazione e del Regolamento Nazionale e Regionale;
- a conformarsi a tutte le delibere, decisioni, direttive e convenzioni adottate o stipulate dagli organi dell'Associazione;
- a non compiere atti incompatibili con l'appartenenza all'Associazione;
- a non stipulare contratti collettivi aziendali di lavoro, sia normativi che economici, in deroga o in contrasto con i contratti e gli accordi collettivi conclusi a livello nazionale.
- a saldare la quota associativa sopra indicata di **Euro 500,00** per il primo anno d'iscrizione in un'unica soluzione da versare in contanti o a mezzo assegno non trasferibile intestato a "Anisap Campania" presso la Sede Regionale all'atto della presentazione della domanda d'iscrizione.
- **ad inviare copia del decreto sindacale rilasciato ai sensi delle DDGRRCC 3958/01 e 7301/01.**

CHIEDE

di essere iscritto all'A.N.I.S.A.P. Campania.

Timbro della struttura e Firma _____

La domanda deve essere presentata al Comitato Esecutivo Regionale (od Interregionale) e controfirmata, come di seguito riportato, da n. 1 o 2 Soci presentatori

SOCIO PRESENTATORE

SOCIO PRESENTATORE

La presente Domanda di Ammissione sottoscritta, va inviata alla Sede Regionale di competenza al seguente indirizzo:

A.n.i.s.a.p. Campania - Via G. Porzio, 4 Centro Direzionale Is. G/8 - 80143 Napoli

La Sede Regionale provvederà ad inoltrare la domanda alla Sede Nazionale.

P.S.: Il sottoscritto autorizza, ai sensi del DLgs n. 196/03 (privacy), l'A.n.i.s.a.p. Campania al trattamento dei suoi dati personali al solo uso istituzionale.

Timbro della struttura e FIRMA _____

All.to n. 1 modello

Data della richiesta di ammissione _____