

## MODULO RICHIESTA ADESIONE AL NETWORK

Da inoltrare a mezzo e mail all'indirizzo: [network@coopsalute.org](mailto:network@coopsalute.org)

### Tipologia di Struttura / Professionista

CASA DI CURA	<input type="checkbox"/>	CENTRO POLISPECIALISTICO	<input type="checkbox"/>	CENTRO DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>
CENTRO FISIOTERAPICO	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO DI ANALISI	<input type="checkbox"/>	STUDIO ODONTOIATRICO	<input type="checkbox"/>
RSA	<input type="checkbox"/>	STUDIO MEDICO	<input type="checkbox"/>	CENTRO OTTICO	<input type="checkbox"/>
COOPERATIVA	<input type="checkbox"/>	ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>	CENTRO TERMALE	<input type="checkbox"/>
MEDICO SPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	PROFESSIONISTA NON MEDICO	<input type="checkbox"/>	MEDICO DENTISTA/ODONTOIATRA	<input type="checkbox"/>
STUDIO VETERINARIO	<input type="checkbox"/>	MEDICO VETERINARIO	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO DI ANALISI VETERINARIE	<input type="checkbox"/>
OSPEDALE VETERINARIO	<input type="checkbox"/>	FORNITURE MEDICALI	<input type="checkbox"/>	GRUPPO	<input type="checkbox"/>

PROMOTORE RESPONSABILE DELLA TRATTATIVA : \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E.MAIL \_\_\_\_\_

### **Dati richiedente**

(Se struttura) Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

Referente per convenzione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

(se libero professionista)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### **Informazioni Importanti**

Sottoscrivendo il presente modulo di richiesta, il Richiedente:

- si assume la responsabilità della veridicità dei dati forniti;
- si impegna a sottoscrivere l'accordo di convenzione al network di CoopSalute a seguito di accettazione da parte di quest'ultima della richiesta di adesione;

E' fatto salvo il diritto di Coopsalute di rifiutare per qualsivoglia motivazione la richiesta di adesione al network.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei Dati

Informato ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione della presente richiesta a Coopsalute e/o a Società da essa incaricata.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_