Modulo 22

AL SERVIZIO FARMACEUTICO

ATS della VAL PADANA

OGGETTO: richiesta di autorizzazione per l’erogazione di prodotti dietetici per celiaci in regime di SSN

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di titolare/legale rappresentante della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. xx , C.F/P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a seguito dell’adesione all’accordo regionale con la grande distribuzione organizzata (GDO) per l’erogazione di prodotti dietetici senza glutine a carico del SSR per gli assistiti celiaci lombardi, chiede il convenzionamento con ATS della Val Padana per i seguenti punti vendita:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

* di garantire entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento l’invio del flusso di rendicontazione mensile previsto da Regione Lombardia al sistema S.M.A.F, secondo il tracciato record previsto, e contestuale invio della fattura elettronica all’ATS della VAL PADANA al fine di dare seguito al rimborso;
* di essere a conoscenza che danno luogo a mancata validazione i prodotti non presenti nel Registro del Ministero della Salute, i punti vendita non autorizzati, i codici scontrini e i codici di autorizzazione non riconciliati con quanto registrato a sistema al momento dell’erogazione;
* che le somme che avranno superato positivamente il processo di validazione e controllo del flusso di rendicontazione mensile, potranno essere liquidate (entro 60 gg dal ricevimento della fattura elettronica) sul conto corrente bancario/postale intestato alla società sopra indicata:

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iban: IT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che i riferimenti sono i seguenti:

Nominativo del referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posta Ordinaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) o precedente documento autorizzativo;
* dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. 445/2000);
* copia del documento di identità del titolare/legale rappresentante in corso di validità e codice fiscale;
* copia della visura camerale della società;
* dati identificativi dei punti venditi per i quali si è richiesta autorizzazione all’erogazione di prodotti dietetici senza glutine a carico del SSR (file excel compilato in ogni sua cella);

Luogo e data Timbro e Firma dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_