

Fac-simile da predisporre su carta intestata dalla struttura sanitaria richiedente

**Al Direttore dell' UO Libera Professione (SC)
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**

La scrivente Struttura Sanitaria: _____

Sede Legale: _____

Codice Fiscale: _____

Partita Iva: _____

COMUNICA

di aver contattato il Dott./ Dott.ssa (specificare ogni nominativo, se più di un professionista):

a) _____ b) _____

c) _____ d) _____

dipendente/i a rapporto esclusivo dell'Azienda USL di Bologna, per lo svolgimento della seguente prestazione sanitaria:

richiesta dall'utente Sig./Sig.ra _____

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

DICHIARA

♣ di essere titolare e responsabile del trattamento sanitario complessivo dell'utente;

♣ di aver concordato con il professionista/i la seguente tariffa:

a) _____ b) _____

c) _____ d) _____

(le lettere indicano corrispondenza tra nominativo del professionista e corrispondente tariffa)

♣ che provvederà al pagamento della tariffa suddetta tramite bonifico bancario entro 30 gg. data fattura.

Bologna, _____

(timbro/firma del responsabile)