**ALLEGATO A**

Spett. le Ausl Toscana Sud Est

Via Curtatone, n. 54

52100 Siena

[ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

OGGETTO: INVITO A MANIFESTARE L’INTERESSE RIVOLTO A STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE INTERESSATE ALLA SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI AI SENSI  DELL’ART. 8 QUINQUES  DEL D.LGS. 502/92  PER L’IMPLEMENTAZIONE DELL’OFFERTA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RADIODIAGNOSTICA (TAC, RMN, ECOGRAFIA) AD INVARIANZA DI SPESA COMPLESSIVA PER IL SETTORE PRIVATO ACCREDITATO.

(Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 483 del 26 aprile 2023)

Il sottoscritto ……………………………… nato il ………………….. a ………………….., in qualità di Legale rappresentante della Struttura ………………………………………….………………………………..

con sede in ………………………………………………….. Via ……………………………………………..

con sede di erogazione in …………………………………… Via …………………………………………….

partita Iva-Codice fiscale ………………………………………

tel. ……………………………………………………………...

e-mail ………………………………………………………….

pec ……………………………………………………………..

* in possesso di Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie rilasciato dal Comune di ……...…………, in data ………….., per le discipline di …………………………………………………..……. (Allegato);
* in possesso di Accreditamento Istituzionale rilasciato da Regione Toscana in data ………………, per i processi di …………………………………………………………………………..…………. (Allegato);
* in possesso di Visura camerale aggiornata alla data del ……………………………...……….. (Allegato);
* titolare di rapporto convenzionale con Ausl Toscana Sud Est – Accordo contrattuale - Repertorio aziendale n. …… del ………… per l’acquisti di prestazioni di …………………………………………. (*da compilare se la Struttura è effettivamente già titolare di rapporto convenzionale*);

quale Soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

**PRESO ATTO**

delle condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti dall’Invito di cui alla Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 483 del 26 aprile 2023, pubblicato integralmente all’Albo pretorio e sul sito aziendale di Ausl Toscana Sud Est e su Bollettino Ufficiale delle Regione Toscana ;

MANIFESTA

la disponibilità alla stipula di eventuale Accordo contrattuale ai sensi dell’art. 8  quinques del  D.Lgs 502/92 e s.m.i. con Ausl Toscana Sud Est finalizzato all’erogazione di **PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RADIODIAGNOSTICA (TAC, RMN, ECOGRAFIA).**

A tal fine dichiara la dotazione dei seguenti criteri organizzativi ed economici (*si prega barrare espressamente la casella*):

ambito di operatività………………………………………………………………………;

dotazione di TC, multi detettore (almeno 16 strati) – Si allegano caratteristiche tecniche e data di messa in esercizio;

dotazione di RMN, = o > 1,5 tesla – Si allegato caratteristiche tecniche e data di messa in esercizio;

dotazione di Ecografo, con modulo color doppler e sonde multi frequenza – Si allegano caratteristiche tecniche e data di messa in esercizio;

dotazione di altre apparecchiature sanitarie di seguito indicate ……………………………………….

…………………………………………………………………...- Si allegano caratteristiche tecniche;

dotazione di personale medico, tecnico, di supporto e amministrativo correlato alla tipologia e volume di attività. Si allega elenco nominativo del personale, dal quale risultano il codice fiscale, la qualifica, la  mansione svolta,  l’impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato;

dotazione di medico in servizio per l’esecuzione e la refertazione di esame di RMN, TAC ed ECOGRAFICO;

dotazione di *fac simile* di referto contenente almeno le seguenti informazioni: quesito clinico e dati anamnestici, tecnica di indagine, descrizioni diagnostiche, conclusioni, firma del medico, nominativo del personale tecnico. Si allega *fac simile*;

dotazione di collegamento al flusso informatico regionale SPA;

disponibilità all’erogazione delle presentazioni diagnostiche inserite nell’Avviso (si veda Art. 3);

sconto proposto rispetto al nomenclatore tariffario regionale (minimo 25%) ………………..;

eventuali proposte migliorative ed innovative formulate senza costi aggiuntivi, nell’ambito della tariffa prestazionale proposta (*facoltativo*)…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

ALLEGATI

* Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie
* Accreditamento istituzionale
* Visura camerale
* Caratteristiche tecniche di ogni singola apparecchiatura richiesta (RMN, TAC, Ecografo)
* Caratteristiche delle altre apparecchiature sanitarie in dotazione
* Elenco dotazione di personale
* *Fac simile* di referto

Sono consapevole che la presente manifestazione di interesse non costituisce impegno per Azienda Usl Toscana Sud Est per la stipula di futuri Accordi contrattuali.

Autorizzo Azienda Usl Toscana Sud Est al trattamento dei dati forniti per le finalità del presente documento.

Chiedo che ogni comunicazione inerente il presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo:

…………………………………………………………………………………………………………………

Luogo, data, …………………

Firma del Legale rappresentante

e Timbro della Struttura

…………………………………..

*n.b.: la presente manifestazione di interesse deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.*