

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Ufficio Accordi Contrattuali  
[vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it](mailto:vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it)

### Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a .....  
legale rappresentante / Procuratore della struttura .....

### MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 8 – quinquies d.lgs. 502/92 per l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di

### prestazioni ambulatoriali nella branca specialistica di oculistica

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il triennio 2026-2028**

### E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 versione vigente:

di essere il legale rappresentante della struttura/società .....

PARTITA IVA.....

Sede legale in .....via.....n. ....

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail .....

### DICHIARA inoltre

- che la struttura/società .....  
è in possesso dell'accredimento istituzionale per .....  
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n. ....del .....  
valido sino al .....

- che la struttura ..... nel Comune di .....  
Via ..... n. .... ha la capacità di erogare  
in convenzione le **prestazioni ambulatoriali nella branca specialistica di oculistica:**

<b>Oculistica</b>		
	<b>Prestazioni</b>	<b>disponibilità / quantità / annua (indicare quantità)</b>
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Visite (i controlli sono proporzionati alle 1. visite): .....</li> </ul>
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico	
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO – Campimetria, perimetria statica/cinetica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero prestazioni .....</li> </ul>
95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero prestazioni .....</li> </ul>
13.41*	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE DX. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero prestazioni .....</li> </ul>
13.71*	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero prestazioni .....</li> </ul>

- di accettare che l’Azienda Sanitaria durante la vigenza contrattuale si riserva di applicare ai volumi contrattualizzati un’eventuale aumento/riduzione del 30% dei volumi stessi;
- di accettare l’applicazione delle tariffe indicate nell’avviso con gli eventuali sconti;
- di accettare che, qualora la struttura non garantisca annualmente, per le prestazioni oggetto di convenzione prenotate dal Centro Unico di Prenotazione Provinciale (CUPP) almeno il 90% dell’offerta ambulatoriale contrattualizzata, l’Azienda Sanitaria addebiterà una penale pari a 10 euro per ciascuna prestazione mancante rispetto alla soglia del 90%;
- di accettare che le strutture con le quali l’Azienda Sanitaria sottoscriverà l’accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo con le altre strutture individuate e senza limite minimo di prestazioni garantito;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell’Azienda Sanitaria;
- di assicurare l’effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) secondo la normativa vigente e laddove previsto;
- ad utilizzare i sistemi informativi messi a disposizione dall’Azienda Sanitaria per la gestione e la registrazione delle prestazioni erogate e/o a trasmettere i dati clinici e amministrativi relativi alle suddette prestazioni secondo le modalità operative e le specifiche tecniche definite dall’Azienda Sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e sicurezza informatica;
- che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/91 e alla Legge 662/1996;

- che il personale medico dedicato alle prestazioni convenzionate abbia un'esperienza lavorativa almeno pluriennale;
- di essere in possesso o di stipulare prima dell'accordo contrattuale una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda Sanitaria con mezzi strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
- che la struttura ..... nel Comune di ..... , Via ..... n. ....
  - è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile) .....
  - dispone di un parcheggio di n. .... posti;
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione clinica delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativo e relativi alla qualità tecnica e medica delle prestazioni eseguite;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, di eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda Sanitaria, ove necessario;
- di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente, pena la risoluzione del contratto;
- di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni dell'Avviso;
- di essere consapevole che il presente Avviso di Manifestazione di Interesse non costituisce necessariamente l'impegno per l'Azienda Sanitaria di instaurare futuri accordi contrattuali.

**Allegati:**

- a) elenco del personale sanitario in servizio presso la struttura in riferimento all'attività oggetto della domanda indicando data di nascita, codice fiscale, profilo professionale, numero d'iscrizione all'albo di riferimento, tempo di lavoro, le settimane e le settimane lavorative annue (indicare le ore settimanali per ciascun medico);
- b) modello organizzativo di erogazione delle prestazioni convenzionate ed eventuale flessibilità (indicare i giorni e l'orario d'apertura);
- c) caratteristiche tecniche delle apparecchiature tecnologiche se presenti;
- d) del numero delle prestazioni erogate in privato suddivise per cod. nomenclatore, se è possibile altrimenti il numero totale;
- e) numeri ambulatori;
- f) curriculum del personale medico dedicato alle prestazioni convenzionate;
- g) carta d'identità del/della legale rappresentante.

**Il/La sottoscritto/a .....,  
consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione risponde al vero.**

**A tal fine allega copia valido di documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.**

Data..... Firma .....