

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

UOC CUP ALPI e Liste di Attesa
Torre del Greco – via Marconi, n. 66
cupalpielistediattesa@aslnapoli3sud.it
TEL. 0818490656

4.6. Allegato 6: Modello di Offering ALPI

Azienda	Struttura		Dati identificativi Erogatore	
Azienda: _____ Codice Azienda: _____	☐ D.S.B. n° _____ ☐ P.O. ☐ P.I.	Descrizione Agenda:	Nome Co-gnome	
		Sede: U.O.:	CF	
			Tel (priv.)	
			PEC	
			Branca	
			Ambulatorio	
			Unità erogante	
			Indirizzo	
			CAP e Città	
Tel (pubbl.)				
CODICE FISCALE DEL MEDICO:			PERSONA DA CONTATTARE:	
CENTRO DI COSTO DELL'UNITA' EROGANTE:			CRIL:	

***N.B E' indispensabile inserire i dati sopra riportati**

(N.B. in questo caso, lo schema seguente è da ripetersi per tutti i turni del calendario settimanale)

COD. PREST.	DESCRIZIONE SINTETICA	TEMPO EROGAZIONE	IMPORTO €	NOTE (es. tetto max per prestaz. – IVA non in esenzione)

CALENDARIO SETTIMANALE

Offerta da organizzare in: (barrare la voce interessata)	Legenda
☐ MINUTI	MINUTI: si tiene conto del tempo di erogazione di ogni singola prestazione PAZIENTI: si prescinde dal numero di prestazioni da erogare
☐ n° pazienti / h_____	
☐ n° prestazioni / h_____	

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

GIORNO	MATTINA (dalle ore / alle ore)	POMERIGGIO (dalle ore / alle ore)
LUNEDI		
MARTEDI		
MERCOLEDI		
GIOVEDI		
VENERDI		
SABATO		

	PRESTAZIONI: si stabilisce il numero di prestazioni erogabili
--	---

☐ L'OFFERTA SANITARIA CHE SEGUE, E' VALIDA PER TUTTI I TURNI DEL CALENDARIO SETTIMANALE

OVVERO

☐ L'OFFERTA SANITARIA E' DIFFERENZIATA NEL MODO SEGUENTE: GIORNO _____ TURNO (MAT – POM – M/P)

(timbro e firma)

(visto del Responsabile di Struttura)

*PER ASSISTENZA:

NOCERINO (08118434620-INT.4620)-GRANATA(08118434630-INT.4630)