

## MODULO DI REGISTRAZIONE

---

Per gli ospedali del network Bollini Rosa 2022-2023: per agevolare la compilazione del modulo di registrazione online alcuni campi sono già stati precompilati con i dati attualmente disponibili. Vi chiediamo la cortesia di controllarli nel dettaglio e laddove necessario di modificarli/completarli con quelli corretti.

I campi contrassegnati con l'asterisco sono tutti obbligatori.

### Dati ospedale

<b>Codice ministeriale</b>	
<b>Nome ospedale*</b> (ATTENZIONE → inserire il nome completo della struttura ospedaliera preceduto da quello dell'Azienda di riferimento a livello amministrativo – es. ASL, USL, ASST, ecc.)	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>E-mail generica*</b> (ATTENZIONE → questa mail sarà pubblicata nella scheda dell'ospedale sul sito dei Bollini Rosa e sarà a disposizione dell'utenza - <u>non</u> inserire un indirizzo PEC)	
<b>Sito WEB*</b>	
<b>Totale posti letto accreditati*</b>	

**Allegare** → il regolamento dei Bollini Rosa scaricabile dal sito [www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it) timbrato e firmato dal Direttore Generale e in formato PDF e un'immagine dell'esterno dell'ospedale (non si accettano foto di reparti, sale operatorie, stanze, ecc.) in formato JPEG (max 5 Mb).

### Dati Direttore generale (ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b> (ATTENZIONE → specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione)	
<b>Altra e-mail</b> (es. indirizzo personale del Direttore generale, altre mail della segreteria di Direzione)	

**Dati Direttore sanitario** (*ATTENZIONE* → *i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro*)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b> ( <i>ATTENZIONE</i> → <i>specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione</i> )	
<b>Altra e-mail</b> ( <i>es. indirizzo personale del Direttore sanitario, altre mail della segreteria di Direzione e/o della Direzione sanitaria di presidio</i> )	

**Dati Direttore socio-sanitario** (*ATTENZIONE* → *i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro*)

<b>Nome</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>CAP</b>	
<b>Comune</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Regione</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail</b> ( <i>ATTENZIONE</i> → <i>specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione</i> )	
<b>Altra e-mail</b> ( <i>es. indirizzo personale del Direttore socio-sanitario, altre mail della segreteria di Direzione</i> )	

**Dati Referente Bollini Rosa** (*ATTENZIONE* → *i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni di materiale da parte di Fondazione Onda durante il biennio di validità dei bollini conseguiti dall'ospedale*)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Ruolo*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>Secondo telefono</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b> ( <i>ATTENZIONE</i> → <i>importante per la candidatura al Bando e per comunicazioni da parte di Fondazione Onda</i> )	
<b>Altre e-mail</b> ( <i>es. ufficio stampa/reparto comunicazione, altri uffici/segreterie</i> )	

**Dati Referente Ufficio stampa/comunicazione** (*ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro*)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Secondo telefono</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b>	
<b>Altra e-mail</b> (es. altri uffici/segreterie)	

**Dati Referente URP** (*ATTENZIONE → i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro*)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>Regione*</b>	
<b>Telefono*</b>	
<b>Secondo telefono</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b>	
<b>Altra e-mail</b> (es. altri uffici/segreterie)	

**Dati Referente amministrativo** (*ATTENZIONE → i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda per eventuali chiarimenti sulla fatturazione/pagamento della quota di partecipazione al Bando*)

<b>Nome*</b>	
<b>Cognome*</b>	
<b>Ufficio di riferimento*</b> (es. Contabilità)	
<b>Telefono*</b>	
<b>Secondo telefono</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail*</b>	
<b>Altra e-mail</b> (es. indirizzo personale del Direttore amministrativo, altre mail della segreteria/uffici competenti)	

## Dati fatturazione

<b>Codice ministeriale</b>	
<b>Ragione sociale*</b>	
<b>Indirizzo*</b>	
<b>Comune*</b>	
<b>CAP*</b>	
<b>Provincia*</b>	
<b>P.IVA*</b>	
<b>Codice fiscale*</b>	
<b>Aliquota IVA*</b> (modificare il valore solo in caso di applicazione di altri regimi IVA diversi dal 22%)	
<b>Riferimento normativo</b> (indicare il riferimento normativo solo se è stata modificata l'aliquota IVA)	

Indicare la tipologia di ospedale:

**Pubblico**

**Privato convenzionato**

Per gli ospedali pubblici

<b>Codice Univoco PA fatturazione elettronica*</b> (codice composto da 6 caratteri alfanumerici, scritto senza spazi e in carattere maiuscolo)	
<b>Indirizzo PEC</b>	
<b>Numero dell'ordine di acquisto</b> (verificare con la propria amministrazione se l'ospedale ha l'obbligo di emissione dell'ordine d'acquisto e inviarlo al seguente indirizzo PEC <a href="mailto:amministrazione.onda@pec.net">amministrazione.onda@pec.net</a> oppure con il codice ID Peppol 9907:05041450965)	
<b>Data ordine</b>	
<b>CUP</b> (Codice Unico di Progetto)	
<b>CIG</b> (Codice Identificativo di Gara – verificare con la propria amministrazione se necessario ai fini del pagamento della quota di partecipazione)	
<b>Esigibilità IVA*</b>	Selezionare una delle seguenti opzioni ( <b>menu a tendina</b> ): <input type="checkbox"/> immediata (Art. 6 comma 5 primo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> differita (Art. 6 comma 5 secondo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> split payment (Art. 17-ter DPR 633/72)

Per gli ospedali privati

<b>Codice destinatario per la fatturazione elettronica*</b> (codice composto da 7 caratteri alfanumerici, scritto senza spazi e in carattere maiuscolo - se non si possiede il codice digitare sette volte zero 0000000)	
<b>Indirizzo PEC</b> (se non si possiede il codice destinatario è obbligatorio indicare l'indirizzo PEC registrato per ricevere le fatture elettroniche)	
<b>Note</b> (indicare eventuali esigenze particolari relative solo alla fatturazione – es. applicazione dello split payment)	