AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"FABRIZIO GUARINO"
Via Starza, 2 – 83029 Solofra (AV) – C.F. 80014660643

Allegato B alla convenzione – deliberazione commissariale n. 24 del 22/09/2026

MODULO DI ADESIONE AI SERVIZI IN CONVENZIONE

Farmacia De Chiara S.a.s. – P. IVA 02815140641

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, C.F. _____, in qualità di ☐ Ospite ☐ familiare garante ☐ rappresentante legale dell'Ospite _____,

DICHIARA

di essere informato che l'A.S.P. "Fabrizio Guarino" ha stipulato con la Farmacia De Chiara S.a.s. una convenzione non esclusiva e senza oneri per l'Ente, che analoghi accordi possono essere stipulati con altre farmacie e che resta comunque libera la scelta della farmacia, ivi compresa la facoltà di rivolgersi alla medesima Farmacia al di fuori della convenzione;

di essere informato che i servizi sono aggiuntivi ed eccedenti rispetto al servizio infermieristico e assistenziale già garantito dalla struttura e alle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e che la mancata adesione non comporta alcuna conseguenza sul rapporto di ospitalità, sulla retta o sull'assistenza garantita;

di aver preso visione del tariffario (Allegato A) e di aver ricevuto dalla Farmacia l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679;

ADERISCE

☐ consegna programmata di farmaci e dispositivi ☐ consegna urgente ☐ autoanalisi ematiche ☐ telecardiologia ☐ supporto all'aderenza terapeutica

Corrispettivi concordati con la Farmacia: _____

_____

Cadenza di fatturazione e pagamento: ☐ a prestazione ☐ mensile ☐ bimestrale ☐ altro: _____

Modalità di pagamento: _____ Intestazione della fattura: _____

L'adesione è revocabile in qualsiasi momento con comunicazione scritta alla Farmacia, senza oneri.

Solofra, ____ / ____ / _____

Firma dell'Ospite o del rappresentante legale _____

Per accettazione, la Farmacia De Chiara S.a.s. _____