

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
DIREZIONE REGIONALE PER LA TOSCANA

DOMANDA DI ISCRIZIONE FORNITORI INAIL

Spett.le Sede INAIL

Il sottoscritto/a
Nato a Il residente in
In qualità di titolare /legale rappresentante dell'Azienda.....
con sede legale..... Via n..... tel..... fax
P.IVA C.F..... Matricola INPS.....
con sede operativa Via n..... tel..... fax
P.IVA C.F..... Matricola INPS.....

CHIEDE

L'inserimento nell'Elenco regionale toscano delle Aziende abilitate alla fornitura di dispositivi ed ausili tecnici protesici, inclusi nell'Allegato n.1 del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche D.M. n.332/99;

DICHIARA che

1. i codici dei dispositivi tecnici da fornire sono:.....
2. il tecnico abilitato è: Cognome..... Nome
3. i locali dell'Azienda non presentano barriere architettoniche d'impedimento alla fruibilità e all'accessibilità di persone con disabilità .
4. l'Azienda è già registrata nell'Albo Fornitori della Regione Toscana con posizione n.....
5. l'Azienda è già registrata presso il Ministero della Sanità con posizione n.....
6. l'Azienda applicherà i prezzi e le tariffe come da D.M. 332/99
7. ai sensi della legge 55/90 e successive modifiche e integrazioni non esistono a carico del titolare o dei soci dell'Azienda provvedimenti definitivi o procedimenti in corso ostativi all'assunzione di pubblici contratti.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni del D.Lgs.n.196/2003 e si impegna a comunicare eventuali variazioni.

Timbro e firma

Data