

**ATTO DI ADESIONE**  
**AL CONVENZIONAMENTO CON LA FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI PER**  
**L'ESECUZIONE DI ANALISI PER LA RILEVAZIONE DELLA PRESENZA DEL COVID-19**

**Dichiarante**

Denominazione del soggetto convenzionato:

Indirizzo (via/piazza/ecc., numero civico):

Comune:

Sito internet (facoltativo):

E-mail            PEC

Tel.            fax            cell.

Nome e cognome del legale rappresentante:

Luogo e data di nascita:

Residente a:

Codice fiscale:

E-mail            PEC

Tel.            fax            cell.

**Adesione alla convenzione**

Il sottoscritto aderisce al convenzionamento con la Federazione Ordini Farmacisti Italiani per l'esecuzione di analisi per la rilevazione della presenza del COVID-19.

Dichiara di aver preso visione del relativo bando in ogni sua parte ed accetta espressamente tutte le clausole ivi contenute.

**Dichiarazione**

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dichiara:

- che il laboratorio/i laboratori di cui all' "ATTO DA PUBBLICARE" o all'elenco ad esso allegato è/sono in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla vigente normativa e autorizzato/i dalla competente Autorità. Gli

estremi dell'autorizzazione sono riportati nell'"ATTO DA PUBBLICARE" o nell'elenco ad esso allegato.

- che il laboratorio/i laboratori di cui all'"ATTO DA PUBBLICARE" o all'elenco ad esso allegato esegue/eseguono le analisi per la rilevazione della presenza del COVID-19 nel rispetto di procedure e protocolli e avvalendosi di strumenti validati dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della salute.
- che, per tutta la vigenza della convenzione, applicherà/applicheranno il/i seguente/i prezzo/i per le analisi per la rilevazione della presenza del COVID-19:

€

### **Autorizzazione**

Il sottoscritto autorizza la pubblicazione del seguente "ATTO DA PUBBLICARE" sul sito della Federazione Ordini Farmacisti Italiani.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## ATTO DA PUBBLICARE

### **Individuazione del laboratorio**

Denominazione (ditta individuale o società):

Insegna (denominazione dell'azienda esposta al pubblico):

Indirizzo (via/piazza/ecc., numero civico):

Comune:

Sito internet (facoltativo):

E-mail            PEC

Tel.            fax            cell.

**Estremi dell'autorizzazione:**

### **IN ALTERNATIVA**

L'elenco dei laboratori convenzionati, recante gli estremi dell'autorizzazione di ciascun laboratorio, è allegato al presente atto

### **Adesione alla convenzione**

Il laboratorio/i laboratori aderisce/aderiscono al convenzionamento con la Federazione Ordini Farmacisti Italiani per l'esecuzione delle analisi per la rilevazione della presenza del COVID-19.

Per tutta la durata della convenzione applicherà/applicheranno il/i seguente/i prezzo/i per l'esecuzione delle analisi per la rilevazione della presenza del COVID-19:

€