

THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF LIONS CLUBS
MULTIDISTRETTO 108 ITALY



So.San.
SOLIDARIETA' SANITARIA Lions - ONLUS
- SERVICE NAZIONALE PERMANENTE -

**Progetto Sanitario So.San
a favore dei Nuovi Poveri e degli indigenti in Italia**

4.2016

**Dichiarazione di Convenzione con Associazioni e altre Strutture per
l'erogazione di Prestazione d'opera dei Medici, a titolo libero
professionale gratuito, nei Centri o attraverso le Reti di Studi SOSAN.**

La struttura denominata

legalmente rappresentata da

nato a il .. ./.. /.... residente in,

via/p.za

e.mail: cell:

di seguito semplicemente "Struttura"

Attraverso il presente atto dichiara:

- di condividere le finalità, di accettare e adeguarsi alle modalità organizzative del "Progetto Sanitario a favore di chi ha più bisogno in Italia" e di operare all'interno dei confini delineati dalle linee guida SO.SAN. allegate.
- che i propri medici assumeranno in proprio tutti i rischi professionali correlati alla erogazione di tali prestazioni, in maniera identica a quanto fatto nei confronti di qualsiasi altro loro paziente

- di nulla pretendere, la Struttura ed i propri medici, in nessun caso da SO.SAN. o suoi rappresentanti avverso la opera professionale dei propri medici; opera professionale che viene offerta in assoluta gratuità e totale liberalità, in piena competenza, autonomia e responsabilità. Né avverso qualsiasi altra problematicità/vertenza anche non professionale relativa alla presenza del paziente presso i locali ove vengono erogate le prestazioni sanitarie
- di possedere in proprio, la struttura o i propri medici, di una personale polizza assicurativa di RC professionale di applicare nei propri Studi le normative sulla privacy, come da D.L. 196/03.
- di essere consapevole che la disponibilità dalla Struttura di seguito offerta, potrà da questa essere modificata/ritirata in qualsiasi momento, con preavviso scritto di almeno 30 gg (onde permettere di effettuare le dovute comunicazioni al Comune interessato).
- la presente dichiarazione risolve e sostituisce qualunque altro precedente accordo con contenuto analogo e per quanto non disciplinato espressamente sarà regolato dalle norme del codice civile relative al contratto d'opera professionale.
- di voler fornire le prestazioni di N° medici, di seguito specificati:

1. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

2. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

3. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

4. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

5. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

6. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N°/mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

7. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

8. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

9. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

10. Dott.
nato a il .. ./.. . /... ..
residente in
via/p.za
e.mail: cell:
medico chirurgo, specialista in
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

Le prestazioni di cui sopra saranno erogate nei locali della Struttura descritta in prima pagina, sita nel Comune di indirizzo:
per appuntamenti Tel: mail
li

Il Presidente So.San.

La Struttura