



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## AVVISO PUBBLICO

### PER L'ISTITUZIONE DI UN ELENCO AZIENDALE DI LABORATORI ODONTOTECNICI

L'azienda sanitaria di Potenza, in esecuzione della Delibera Del Direttore Generale n.2015/00610 del 18.09.2015, comunica che intende procedere alla costituzione di un **ELENCO AZIENDALE DI LABORATORI ODONTOTECNICI da convenzionare per la realizzazione e fornitura di manufatti protesici rimovibili in favore dei cittadini**, con oneri a carico degli assistiti, secondo il listino prezzi di cui al tariffario ANTLO 2005

Pertanto i titolari o legali rappresentanti dei laboratori odontotecnici interessati, in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, potranno presentare domanda di iscrizione all'elenco e di stipula della convenzione **improrogabilmente entro e non oltre il 08.10.2015**

La domanda e la relativa necessaria documentazione, unitamente alla copia fotostatica della carta di identità, deve essere inserita in busta chiusa ed indirizzata al Direttore Generale dell'ASP Potenza – Elenco aziendale laboratori odontotecnici – Via Torraca n. 2 85100 Potenza. La domanda può essere inviata anche tramite PEC al seguente indirizzo [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it) oppure [comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it](mailto:comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it) entro e non oltre il 08.10.2015.

Per le domande inviate a mezzo postale farà fede la data del timbro apposto dall'Ufficio Postale accettante.

Potenza 21.09.2015

Il dirigente amministrativo  
F.to (Dr.ssa Maria MARIANI )



## **DISCIPLINARE PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO**

### **ART 1**

#### **Oggetto della Convenzione**

L'avviso ha ad oggetto la costituzione di un elenco di laboratori odontotecnici da convenzionare con l'Azienda sanitaria di Potenza per la realizzazione e fornitura, di:

- Protesi standard (protesi rimovibili e scheletrati) con oneri predeterminati a carico degli utenti conformi al Tariffario ANTLO 2005
- Protesi speciali (protesi e tutori riabilitativi) con oneri predeterminati a carico degli utenti conformi al Tariffario ANTLO 2005

### **ART 2**

#### **Requisiti di ammissione all'iscrizione nell'elenco**

Potranno essere iscritti all'elenco e quindi ammessi al convenzionamento esclusivamente i Laboratori odontotecnici in possesso dei seguenti requisiti:

1. Registrazione al Ministero Salute;
2. Iscrizione alla Camera di Commercio, con autorizzazione comunale all'esercizio ;
3. Sede in uno dei Comuni del territorio di competenza dell'ASP
4. Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, previsti dalla normativa vigente;
5. Che siano in regola con gli obblighi contributivi e fiscali;
6. Che operino nel rispetto degli adempimenti previsti dalla direttiva 93/42 CEE e ss.mm.ii.;
7. Che abbiano ottemperato a quanto previsto dalla D.Lgs. n. 81/2008;
8. Che abbiano adottato tutte le misure necessarie ai fini della protezione dei dati trattati in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 196/03.
9. Il cui rappresentante legale e personale impiegato non sia legato da rapporto convenzionale o di impiego con il SSN e SSR;
10. Che non rientri a nessun titolo tra le strutture oggetto della Legge Regionale Basilicata n. 11 del 26.06.2014.

I requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda e dovranno permanere durante tutto il periodo di convenzionamento.

Il possesso dei requisiti deve essere autocertificato secondo lo schema di dichiarazione di cui all'allegato 1 al presente disciplinare

### **ART 3**

#### **Formazione elenco e convenzionamento**

L'Azienda, dopo aver verificato la veridicità di quanto autocertificato dai laboratori, formerà un Elenco aziendale dei Laboratori Odontotecnici Tale Elenco sarà pubblicato nel sito internet aziendale ed esposto presso gli ambulatori di odontoiatria della ASP.

Non verrà costituita alcuna graduatoria tra i laboratori odontotecnici inseriti nell'Elenco aziendale, in quanto tutti i soggetti saranno tenuti a garantire la medesima qualità e ad applicare lo stesso listino prezzi .



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

L'inserimento nell'Elenco non rappresenterà in alcun modo garanzia di erogazione di prestazioni, poiché la scelta del laboratorio a cui rivolgersi per la preparazione del dispositivo protesico avverrà secondo criterio di rotazione nell'ambito distrettuale di competenza, nell'osservanza di quanto stabilito nella convenzione da stipularsi con l'Azienda.

Il laboratorio odontotecnico nulla potrà vantare nei confronti della ASP, nel caso in cui non dovesse ricevere commissioni.

#### **Art. 4 Durata**

La ASP procederà ad aggiornare l'elenco dei laboratori odontotecnici per la fornitura di dispositivi protesici con cadenza biennale pertanto entro il 30 novembre di ogni anno, i Laboratori Odontotecnici, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa Nazionale e Regionale vigente, possono presentare domanda di iscrizione che sarà disposta a far data dal secondo anno successivo.

L' Accordo stipulato ad esito dell'iscrizione nell'elenco aziendale ha la durata di anni 2 (due) con decorrenza dalla sottoscrizione e si intende rinnovato per uguale periodo, ove non intervenga disdetta da una delle parti da formularsi con raccomandata a/r almeno tre mesi prima della scadenza.

#### **Allegati**

**Allegato 1 – SCHEMA DI DOMANDA**

**Allegato 2- Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei Laboratori Odontotecnici**

**Allegato 3- SCHEMA DI ACCORDO**



### Allegato 1 – SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale  
Dell' Azienda Sanitaria Potenza

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ indirizzo e-  
mail \_\_\_\_\_

Nella qualità di

- Titolare del Laboratorio odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio odontotecnico

con sede legale in \_\_\_\_\_, Piazza/Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_  
P.I. n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco aziendale dei Laboratori Odontotecnici della ASP **da convenzionare per la realizzazione e fornitura di manufatti protesici rimovibili in favore dei cittadini**, con oneri a carico degli assistiti, secondo il listino prezzi di cui al Tariffario ANTLO 2005 .

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

1. Di essere registrazione al Ministero Salute al n \_\_\_\_\_;
2. Di essere iscritto alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ numero di iscrizione \_\_\_\_\_,
3. Di essere in possesso di autorizzazione comunale all'esercizio ;
4. Che il proprio Laboratorio ha sede nel comune di \_\_\_\_\_ ricadente nel territorio di competenza dell'ASP;
5. Di essere in possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, previsti dalla normativa vigente ed elencati in separata dichiarazione resa in conformità all'allegato 2 del disciplinare;
6. Di essere in regola con gli obblighi contributivi e fiscali;
7. Di operare nel rispetto degli adempimenti previsti dalla direttiva 93/42 CEE e ss.mm.ii.;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

8. Di aver ottemperato a quanto previsto dalla D.Lgs. n. 81/2008;
9. Di aver adottato tutte le misure necessarie ai fini della protezione dei dati trattati in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 196/03.
10. Che né il sottoscritto né il personale impiegato è legato da rapporto convenzionale o di impiego con il SSN e SSR.
11. Che il proprio laboratorio non rientra a nessun titolo tra le strutture oggetto della Legge Regionale n. 11 del 26.06.2014

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali ai soli scopi istituzionali legati all'Avviso Pubblico per l'Aggiornamento dell'Elenco aziendale dei Laboratori Odontotecnici

Data \_\_\_\_\_

(firma per esteso)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore Generale  
Dell' Azienda Sanitaria Potenza

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ indirizzo e-  
mail \_\_\_\_\_

Nella qualità di

- Titolare del Laboratorio odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio odontotecnico

con sede legale in \_\_\_\_\_, Piazza/Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_  
P.I. n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

### Requisiti Aziendali

- Ragione sociale e sede operativa
- Numero mq del sito produttivo
- Estratto cronologico Camera di Commercio
- Autorizzazione comunale all'esercizio dell'attività
- Numero di registrazione al Ministero della Salute
- Convenzione con la ASP ove già esistente

### Risorse Umane

- n. Titolari o soci operanti nell'attività
- n. Dipendenti e relativi dati anagrafici
- n. Collaboratori interni e relativi dati anagrafici
- n. Collaboratori esterni e relativi dati anagrafici

Per i dipendenti e i collaboratori interni è necessario produrre apposito curriculum vitae completo dei titoli di studio, master e corsi di perfezionamento frequentati oltre alle esperienze lavorative possedute.

Per i collaboratori esterni devono essere certificati, con idonea documentazione, il possesso dei requisiti e delle risorse necessarie all'attività affidata.

### Risorse tecniche

- Elenco delle attrezzature in possesso del Laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici

### Metodologie costruttive e materiali

- Elenco protocolli costruttivi adottati dal Laboratorio



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- Elenco dei materiali, completo della classificazione ISO e/o DIN, di normale uso nella produzione di dispositivi protesici

#### **Controllo della qualità**

- Protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria
- Protocolli per la verifica periodica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Il giorno del mese dell'anno presso la sede dell'Azienda ASP Potenza in Via Torraca

### TRA

l'**Azienda** ASP POTENZA di seguito denominata "ASP", con sede legale in POTENZA, VIA TORRACA (C.F. e P.I. n.), rappresentata dal Direttore Generale, Dr. GIOVANNI BOCHICCHIO, nato a il, domiciliato per il presente atto presso la sede legale dell'Azienda, il quale agisce in esecuzione della deliberazione n. .... del .....

### E

Il **Laboratorio odontotecnico** ....., di seguito denominato "Laboratorio", con sede legale in ..... Piazza/Via .....(Partita IVA e C.F. ....), nella persona del rappresentante legale Sig./ra .....nato/a a ..... il .....

### PREMESSO

**che** il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)", conferma l'esclusione dai LEA dei dispositivi medici su misura individuale, che pertanto risultano economicamente a completo carico degli utenti;

- **che ad esito di avviso pubblico è stato formato un elenco aziendale di Laboratori Odontotecnici da convenzionare per la realizzazione e fornitura di manufatti protesici rimovibili in favore dei cittadini**, con oneri a carico degli assistiti, secondo il listino prezzi di cui al Tariffario ANTLO 2005 ;

-- **che** il presente Accordo disciplina le modalità di scelta ed i rapporti economici e prestazionali tra il Laboratorio e l'ASP;

- **che** tutti gli atti medici preventivi, contestuali e successivi all'applicazione dei dispositivi protesici su misura attengono alla piena ed esclusiva responsabilità professionale del medico odontoiatra e che tali prestazioni sono strettamente erogate dalla ASP a mezzo dei propri medici odontoiatri;

**SI CONCORDA E SI STIPULA QUANTO SEGUE**



### **Art. 1 – Premesse**

1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente Accordo e ne costituiscono il primo patto.

### **Art. 2 – Oggetto**

1. La ASP si accorda con il laboratorio per la fornitura di dispositivi protesici su misura individuale, prescritti dai medici odontoiatri della ASP, con oneri a carico degli assistiti, secondo il tariffario ANTLO 2005.

2. Il laboratorio provvede, acquistando direttamente tutto il materiale necessario alla lavorazione, alla costruzione e consegna di dispositivi protesici, che devono essere realizzati nel più rigoroso rispetto della prescrizione e delle indicazioni del medico odontoiatra.

### **Art. 3 - Modalità di esecuzione delle prestazioni**

1. La scelta dei materiali necessari alla lavorazione, alla costruzione e consegna di dispositivi protesici deve essere orientata verso le migliori qualità offerte sul mercato.

In particolare:

- nelle protesi mobili le resine dovranno essere di tipo a caldo, (tipo Vertex) type 1 ISO 20795 per le protesi nuove; di tipo a freddo (tipo Ivocap) type 2 ISO 20795 per riparazioni e scheletrati;
- nelle protesi mobili gli elementi dentali dovranno essere di tipo ISO 3336, multistrato di adeguata durezza (tipo Ivoclar – vita);
- le leghe per scheletrati e non nobili dovranno essere esenti da nichel;

2. Materiali diversi da quelli definiti standard possono essere utilizzati, purché di livello qualitativo migliore, previa valutazione della scheda tecnica e successiva autorizzazione del prescrivente.

3. Le impronte sono prelevate dai Medici Odontoiatri della ASP e ritirate dal Laboratorio che deve provvedere direttamente ed in tempi celeri (max fine seduta).

4. La consegna, da parte del laboratorio, di dispositivi protesici costruiti o riparati, avviene presso l'Ambulatorio alla presenza del medico odontoiatra e solo nelle sue mani, con tempi certi concordati in rapporto alla complessità del lavoro da svolgere ed agli orari di seduta. E' fatto comunque divieto all'odontotecnico di presiedere alla seduta in presenza del paziente.

5. Ove, a seguito della prova finale, si rendano necessari, a giudizio del medico odontoiatra, ulteriori accertamenti, correzioni del dispositivo, finanche il rifacimento totale, il laboratorio è tenuto a provvedere ai conseguenti lavori con oneri a proprio carico.

6. Gli obblighi convenzionali del laboratorio si intendono pienamente assolti alla consegna del relativo certificato di conformità e solo allorché il medico odontoiatra abbia espresso il suo giudizio sulla qualità merceologica convenzionale dei dispositivi protesici e sulla idonea rispondenza degli stessi alla prescrizione ed alle esigenze cliniche del paziente.

### **Art. 4 - Tempi di esecuzione dei dispositivi protesici**



1. In relazione ai tempi di esecuzione dei dispositivi protesici si conviene che le riparazioni devono essere eseguite entro 5 giorni lavorativi dalla commissione; le prove dei dispositivi protesici debbono essere effettuate ad un intervallo non superiore a 5 giorni lavorativi, salvo per apparecchi scheletrati dove si prevedono 10 giorni lavorativi; la consegna degli apparecchi medesimi deve essere effettuata entro 5 giorni lavorativi dall'ultima prova.
2. Il termine massimo fra il ritiro delle impronte da parte del Laboratorio e la consegna dei dispositivi protesici non deve superare, comunque, i 30 giorni lavorativi.

#### **Art. 5 – Scelta del laboratorio ed informativa agli utenti**

1. L'inserimento nell'elenco non rappresenta in alcun modo garanzia di erogazione di prestazioni. Per ogni tipologia di fornitura è previsto l'avvicendamento dei laboratori convenzionati con il ricorso al criterio della rotazione al fine di garantire uguale opportunità lavorativa agli stessi con il raggiungimento di fatturati simili. All'inizio del rapporto di convenzione l'Asp assegnerà ad ogni laboratorio una o più sedi determinate in cui operare ed un budget che rappresenta il tetto di fatturato rilevante ai fini della rotazione. Il Laboratorio odontotecnico Qualificato nulla può vantare nei confronti della ASP, nel caso in cui non dovesse ricevere ordinazioni.

2. Ai fini dell'esecuzione del dispositivo protesico, l'utente compila un apposito consenso informato Allegato 2 a) al presente Accordo quale parte integrante e sostanziale, con la quale, sotto la propria responsabilità, accetta la riabilitazione proposta dal sanitario. Il consenso debitamente sottoscritto è conservato agli atti dell'Ambulatorio Odontoiatrico della ASP.

#### **Art. 6 – Modalità di liquidazione delle competenze al Laboratorio**

1. Ai fini della liquidazione delle competenze convenzionali al laboratorio, il medico odontoiatra della ASP, dopo la prescrizione e l'individuazione del laboratorio come in premessa, comunica all'utente l'ammontare dell'onere a suo carico, redigendo apposito preventivo.

2. L'ammontare preventivato è interamente corrisposto in via anticipata dall'utente tramite diretto versamento agli Uffici cassa della ASP, i quali rilasciano apposita fattura all'interessato.

3. L'utente, a prova del pagamento effettuato, consegna la fattura all'ambulatorio odontoiatrico competente, il quale la trasmette al laboratorio odontotecnico prescelto.

5. Il laboratorio odontotecnico, con cadenza trimestrale, trasmette fattura per le protesi realizzate corredata dai relativi certificati di conformità, alla U.O. Cure Primarie cui compete la liquidazione ad esito delle verifiche di rito.

#### **Art. 7 - Trattamento dati personali**

1. Il laboratorio è tenuto al rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di Protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

2. La parte contraente è responsabile del danno che possa derivare dalla trasgressione alle disposizioni del presente articolo.

#### **Art. 8 – Controlli e verifiche**



1. La ASP, procede periodicamente a verificare la permanenza dei requisiti autocertificati in sede di domanda di iscrizione all'elenco aziendale.
2. La ASP si riserva la facoltà di verificare in ogni momento, anche mediante sopralluoghi presso i locali del Laboratorio, ogni circostanza ritenuta utile alla migliore attuazione dei contenuti convenzionali.

#### **Art. 9 - Risoluzione per inadempimento**

1. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1454 del codice civile, in caso di inadempimento di una delle Parti di una delle clausole della convenzione, l'altra Parte può intimare per iscritto di adempiere entro 15 giorni dichiarando che, qualora tale termine sia decorso inutilmente, l'Accordo si intenderà risolto di diritto, fatto salvo, in ogni caso, il risarcimento degli eventuali danni e ad ogni rimedio di legge.

#### **Art. 10 – Clausola risolutiva espressa**

1. Il presente Accordo si risolve di diritto, ex art. 1456 del codice civile, salvo il risarcimento degli eventuali danni, nei seguenti casi:

- ove si accerti l'esito negativo delle verifiche condotte ai sensi dell'art. 8, comma 1;
- ove si accerti che i dispositivi non sono direttamente e completamente costruiti dal Laboratorio, fatta salva la possibilità di eseguire le lavorazioni tramite rapporti di collaborazione e/o contratti d'opera esterni, la cui certificazione di qualità deve essere rilasciata dal Laboratorio qualificato;
- ove si accerti la violazione delle disposizioni previste dall'art. 5 comma 3;
- ove si accerti che il materiale impiegato per la costruzione dei manufatti non corrisponda alle caratteristiche richieste, fermo restando che il Laboratorio assume nei confronti della ASP la completa responsabilità sia per quanto riguarda il materiale impiegato che la tecnica di costruzione, dovendo i dispositivi essere eseguiti a perfetta regola d'arte;
- ove a fine anno il giudizio complessivo sulla qualità dei dispositivi protesici, formulato, alla stregua di riscontri obiettivi, di concerto tra i dirigenti dei servizi aziendali interessati e i medici odontoiatri, non sia positivo;
- ove si accerti esercizio abusivo della professione odontoiatrica in caso di violazione della LR n. 11/2014

#### **Art. 11 – Diritto di recesso**

1. Le parti hanno facoltà di recedere unilateralmente per comprovate gravi cause sopravvenute e non dipendenti dalla volontà delle parti, per intervenute modifiche organizzative, istituzionali o derivanti da innovazione normativa, per comprovati e sopravvenuti motivi di pubblico interesse.
2. In particolare, la ASP si riserva la facoltà di risolvere unilateralmente il presente Accordo, in caso di soppressione del servizio o nell'ipotesi di sopravvenuti indirizzi della programmazione sanitaria regionale in contrasto con la continuazione del rapporto convenzionale.
3. Il recesso è esercitato mediante comunicazione scritta da notificare con lettera raccomandata a/r ed ha effetto decorsi tre mesi dalla data di notifica dello stesso.
4. Il recesso ha effetto per l'avvenire e non incide sulla parte di convenzione già eseguita. Le parti concordano fin d'ora di portare a conclusione le attività avviate.



#### **Art. 12 – Durata**

1. Il presente Accordo ha la durata di anni 2 (due) con decorrenza dalla data di sottoscrizione e si intende rinnovato per uguale periodo, ove non intervenga disdetta da una delle parti da formularsi con raccomandata a/r almeno tre mesi prima della scadenza.

#### **Art. 13 - Controversie**

1. Ogni eventuale contestazione e/o controversia che dovesse insorgere fra le parti in relazione all'interpretazione ed all'esecuzione dell'Accordo, che non venisse risolta bonariamente fra le parti, è deferita in via esclusiva al Foro di Potenza

#### **Art. 14 - Repertorio**

1. Il presente atto consta di n. .... pagine, viene redatto in triplice copia, una per ciascuna delle parti contraenti ed una da conservare agli atti dell'Ufficio che provvede ad iscriverlo nel registro di Repertorio.

#### **Art. 15 - Spese contrattuali: imposta di registro e imposta di bollo.**

1. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'articolo 4 della Tariffa Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di registrazione sono a carico della parte richiedente.

2. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'articolo 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642. Le spese di bollo sono poste a carico del Laboratorio.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per L'Azienda  
IL DIRETTORE GENERALE

Per il Laboratorio .....  
IL LEGALE RAPPRESENTANTE



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a..... nato/a..... ( )

il..... residente a ..... ( )

in Via..... n. .... Tel .....

Cell ..... Codice Fiscale.....

sotto la propria responsabilità, dichiara di aver compreso che per l'esecuzione del dispositivo protesico  
(descrizione)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - nonché di accettare la proposta riabilitativa  
di cui sopra.

A tal fine si impegna a corrispondere il costo del dispositivo attraverso versamento da effettuarsi presso  
l'Ufficio Cassa del Poliambulatorio di .....

Si impegna altresì ad anticipare per intero l'importo preventivato, determinato secondo il tariffario ANTLO  
2005.

Prende atto altresì che rimane a proprio carico il pagamento dei ticket per le prestazioni odontoiatriche  
connesse all'erogazione del dispositivo, nei modi dovuti e conformi alle norme di legge vigenti.

Data.....

Firma .....