





DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso di Manifestazione di Interesse finalizzato alle realizzazione delle attività previste dal Piano di Interventi presentato dalla ASL 5 di Oristano nell'ambito del "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) – Area contrastare la Povertà Sanitaria". Codice del Progetto IN4k.1_04 "Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+)", CUP J34E24000230006.

II/La	sottoscritto/a	[Nome	e Cognom	e del	Legale	Rappresentan	te], n	ato/a	a	il
	, in quali	ità di (tito	lare/legale	rappre	esentante	e/responsabile)	della	(deno	minazione	della
farmacia/parafarmacia), con sede in										
C.F./	P.IVA									

CHIEDE

di partecipare all'Avviso di Manifestazione di Interesse per la selezione delle farmacie del territorio della ASL 5 di Oristano, finalizzato all'attuazione del Progetto IN4k.1_04 – "Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+)", CUP J34E24000230006 , promosso nell'ambito del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021–2027 (PNES) – Area "Contrastare la Povertà Sanitaria".

A tal fine. dichiara:

- 1. di essere in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività conforme alla normativa vigente;
- 2. di garantire la disponibilità a distribuire gratuitamente i farmaci, secondo le modalità e le tempistiche previste dalla ASL di Oristano;
- 3. di aderire alle regole stabilite in merito alla tipologia e ai prezzi dei farmaci da distribuire (priorità ai generici e, in mancanza, ai farmaci con fascia di prezzo più bassa);
- 4. di impegnarsi ad aderire alla convenzione che sarà stipulata con la ASL di Oristano per la regolamentazione delle attività oggetto del progetto.
- 5. di impegnarsi a collaborare con la ASL nella gestione e nel monitoraggio delle attività previste dal progetto.











Allega alla presente:

- Copia dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività;
- Copia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante.

Data: _		-	
Firma:			
i iiiia.			
	(Timbro della fai	rmacia/parafarmacia)	

Il Commissario Straordinario Dott. Federico Argiolas



