

DOMANDA DI ADESIONE

Convenzioni amministrative per cure infermieristiche ambulatoriali e a domicilio secondo OPre 7:

**Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI) – tarifsuisse ag,
ASI – Helsana SpA, ASI – Sanitas SpA, ASI – CPT, ASI – Assura/Supra.**

**Convenzione tariffaria dell'ASI con le assicurazioni federali (AINF, AM, AI), rappresentati in seno
alla Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)**

Ho preso conoscenza dei contratti sopra citati e desidero aderirvi:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

CAP:

Luogo:

Telefono:

E-Mail:

Numero AVS:

Contrassegnare p.f. ciò che fa al caso e rispondere:

Sono membro dell'ASI. Numero ASI: .

Non sono membro dell'ASI e verserò l'ammontare richiesto secondo il regolamento dell'ASI.

Offro le seguenti prestazioni secondo OPre 7:

Cure generali a domicilio/ambulatoriali
Cure pediatriche
Cure psichiatriche
Cure palliative
Trattamento piaghe
Cure post-parto

Ho allegato copia dell'autorizzazione cantonale per l'esercizio della professione;

ho allegato una fotocopia del mio diploma;

l'attestato della pratica professionale di due anni (curriculum e attestati di lavoro).

Riconosco esplicitamente le condizioni delle convenzioni, in particolare le modalità di fatturazione e il regolamento sulle tasse, e autorizzo l'ASI di pubblicare il mio nome, indirizzo postale e elettronico, telefono e numero RCC nelle liste degli infermieri indipendenti e di comunicarlo a clienti, servizi sociali e partner nel sistema sanitario.

Luogo e data:

Firma